FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

# THÈSE

N° 890

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Monique, Anne ROMAIN
née le 11 mai 1936 à PERONNE (Somme)

---

Présentée et soutenue publiquement le :

---

## CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES DERMOIDES DE L'ORBITE A L'EXCLUSION DES TERATOMES

---

Président : Monsieur G. OFFRET, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

ANNEE 1966

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bullard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart D'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR ..... Jean GOSSET

## I. - PROFESSEURS

### 1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### a) Professeurs titulaires

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DELMAS (A.) |
| Anatomie pathologique | DELARUE (J.) |
| Anesthésiologie | BAUMANN (J.) |
| Biochimie médicale | JAYLE (M.F.) |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports | MALMEJAC (J.) |
| Biologie médicale | FAUVERT (R.) |
| Biophysique médicale | BUGNARD (L.) |
| - - | DOGNON (A.) |
| - - | DJOURNO (A.) |
| Cancérologie médicale et sociale | BERNARD (J.) |
| Chimie pathologique | SCHAPIRA (G.) |
| Embryologie | TUCHMANN (H.) |
| Gérontologie expérimentale | N... |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | JOANNON (P.) |
| Histologie | GIROUD (A.) |
| Hygiène et médecine préventive | BOYER (J.) |
| Médecine du Travail | DESOILLE (H.) |
| Médecine légale | DEROBERT (L.) |
| Microbiologie (Bactériologie et virologie) | FASQUELLE (R.) |
| Parasitologie | BRUMPT (L.C.) |
| Pathologie chirurgicale | LAURENCE (G.) |
| Pathologie exotique | N... |
| Pathologie expérimentale et comparée | MERKLEN (F.P.) |
| Pathologie médicale | LAROCHE (Cl.) |
| - - | BRICAIRE (H.) |
| Pathologie respiratoire | TURIAF (J.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | DEPARIS (M.) |
| Pharmacologie | CHEYMOL (J.) |
| Physiologie | BARGETON (D.) |
| - | PARROT (J.) |
| Physiologie et pathologie obstétricales | LEPAGE (F.) |
| Radiologie médicale | DESGREZ (H.) |
| Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale | CAUCHOIX (J.) |
| Thérapeutique | CONTE (M.) |
| Thérapeutique appliquée | LAMOTTE (M.) |

#### b) Professeurs à titre personnel

| | |
|---|---|
| Anatomie anthropologique | OLIVIER (G.) |
| Biochimie medicale | DESGREZ (P.) |
| | POLONOVSKI (J.) |
| Biologie médicale | BOURLIERE (F.) |
| Pharmacologie | LEVY (Melle J.) |
| Physiologie | DEJOURS (P.) |
| | KELLERSHOHN (L.) |
| Physique médicale | GOUGEROT (L.) |
| Radiologie médicale | FISCHGOLD (H.) |

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

| | | MM. |
|---|---|---|
| Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) | | REDON (H.) |
| Clinique cardiologique (Broussais) | | SOULIER (P.) |
| Cliniques chirurgicales | Beaujon | LORTAT-JACOB (J. L.) |
| | Cochin | LEGER (L.) |
| | Hôtel-Dieu | PATEL (J.) |
| | Pitié | CORDIER (G.) |
| | Saint-Antoine | GOSSET (J.) |
| | Salpêtrière | SICARD (A.) |
| | Tenon | OLIVIER (Cl.) |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) | | FEVRE (M.) |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) | | MERLE d'AUBIGNE (R.) |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) | | DUBOST (Ch.) |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec) | | MATHEY (J.) |
| Clinique endocrinologique (Pitié) | | DECOURT (J.) |
| Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades) | | LAMY (M.) |
| Clinique gynécologique (Broca) | | HUGUIER (J.) |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) | | DEGOS (R.) |
| Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) | | TURPIN (R.) |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard) | | MOLLARET (P.) |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) | | DELAY (J.) |
| Clinique des maladies métaboliques (Necker) | | HAMBURGER (J.) |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) | | MARCHAL (G.) |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) | | CASTAIGNE (P.) |
| Cliniques médicales | Broussais | MILLIEZ (P.) |
| | Broussais | LENEGRE (J.) |
| | Cochin | BROUET (G.) |
| | Hôtel Dieu | BARIETY (M.) |
| | Lariboisière | SEZE (S. de) |
| | Pitié | DREYFUS (G.) |
| | Saint Antoine | KOURILSKY (R.) |
| | Saint-Antoine | BOUDIN (G.) |
| Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) | | DEBRAY (Ch.) |
| Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) | | MARIE (J.) |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais) | | JUSTIN-BESANCON (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) | | DEROT (M.) |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) | | DAVID (M.) |
| Clinique neurologique (Salpêtrière) | | GARCIN (R.) |
| Cliniques obstétricales | Baudelocque | LACOMME (M.) |
| | Foch (Suresnes) | MERGER (R.) |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) | | VARANGOT (J.) |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) | | RENARD (G.) |
| - - (Cochin) | | OFFRET (G.) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) | | AUBRY (M.) |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) | | N... |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) | | BERNARD (E.) |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) | | MICHAUX (L.) |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) | | COSTE (F.) |
| Clinique stomatologique (Salpêtrière) | | DECHAUME (M.) |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) | | ROUX (M.) |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) | | LEMAIRE (A.) |
| Clinique toxicologique | | GAULTIER (M.) |
| Clinique urologique (Cochin) | | ABOULKER (P.) |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique | | PADOVANI (P.) |
| Séméiologie médicale | | DOMART (A.) |
| Séméiologie et clinique chirurgicales | | POILLEUX (F.) |
| Séméiologie traumatique et orthopédique | | JUDET (R.) |
| Clinique urologique (Necker) | | COUVELAIRE (R.) |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) | | N... |

b) Professeurs à titre personnel

| | MM. |
|---|---|
| Hydrologie et climatologie | GIBERTON (A.) |
| Maladies infectieuses | BASTON (R.) |
| | AZERAD (E.) |
| | BOUR (H.) |
| | LAMBLING (A.) |
| | LHERMITTE (F.) |
| Médecine | PEQUIGNOT (H.) |
| | PERRAULT (M.) |
| | SIGUIER (F.) |
| | WORMS (R.) |
| Oto-Rhino-Laryngologie | MADURO (R.) |
| Pneumo-Phtisiologie | KREIS (B.) |
| Rhumatologie | DELBARRE (F.) |
| | BARCAT (J.) |
| | BINET (J. P.) |
| | BLONDEAU (Ph.) |
| | CERBONNET (G.) |
| | CHATELIN (C. L.) |
| | DAUTRY (P.) |
| | DEMIRLEAU |
| | DUBOST (Cl.) |
| | FAUREL (J.) |
| | FLABEAU (F.) |
| | GALEY (J. J.) |
| | GARBAY (M.) |
| | GARNIER (H.) |
| Pathologie chirurgicale | GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) |
| | GERMAIN (A.) |
| | LATASTE (J.) |
| | LOYGUE (J.) |
| | MAILLARD (J. N.) |
| | MERCADIER (M.) |
| | NATALI (J.) |
| | PELLERIN (D.) |
| | PERROTIN (J.) |
| | PREMONT (M.) |
| | ROBERT (H.) |
| | THOMERET (G.) |
| | VAYSSE (J.) |
| Pathologie exotique | SCHNEIDER (J.) |
| | BERTAUX (P.) |
| | COTTENOT (Fr.) |
| | LOEPER (J.) Pr. s. ch. |
| Pathologie expérimentale | MAURICE (J.) |
| | MIKOL (Cl.) |
| | PAUPE (J. R.) |
| | ACAR (J.) |
| | AUQUIER (L.) |
| | AUSSANAIRE (M.) |
| | BEAUMONT (J. L.) |
| | BERNIER (J. J.) |
| | BOUVIER (J.) |
| | BOUVRAIN (Y.) |
| | BRISSAUD (H.) |
| | BROCARD (H.) |
| | BUGE (A.) |
| | CANIVET (J.) |
| Pathologie médicale | CARLOTTI (J.) |
| | CATINAT (J.) |
| | CHRETIEN (J.) |
| | CLOAREC (M.) |
| | COBLENTZ (B.) |
| | CONTAMIN (F.) |
| | COURY (C.) |
| | DEBRAY (J.) |
| | ETIENNE (J. P.) |
| | FREZAL (J.) |
| | FRITEL (D.) |
| | FUNCK-BRENTANO (J. L.) |
| | GRIVAUX (M.) |
| | HAZARD (J.) |
| | HENNEQUET (A.) |
| | HIMBERT (J.) |
| | HOUSSET (E.) |
| | LAGRUE (G.) |
| | LESOBRE (R.) |
| | LEVEQUE (B.) |
| Pathologie médicale (suite) | MACREZ (C.) |
| | MOREAU (L.) |
| | NENNA (A.) |
| | NICK (J.) |
| | POULET (J.) |
| | ROYER (P.) |
| | TCHERDAKOFF (Ph.) |
| | THIBAULT (Ph.) |
| | TOURNEUR (R.) |
| | VILLIAUMEY (J.) |
| | WOLFROMM (R.) |
| | ALAGILLE (D.) |
| | ALISON (J.) |
| | CANLORBE (P.) |
| | GORIN (R.) |
| | LAFOURCADE (J.) |
| | LEPERCQ (G.) |
| | LESTRADET (H.) |
| Pédiatrie - Puériculture | MALLET (R.) |
| | MANDE (R.) |
| | MINKOWSKY (A.) |
| | MOZZICONACCI (P.) |
| | POLONOVSKI (C.) |
| | REY (J.) |
| | RIBIERE (M.) |
| | ROSSIER (A.) |
| | VIALATTE (J.) |
| | BOISSIER (J.) |
| Pharmacologie | LECHAT (P.) |
| | BARRES (G.) |
| | DURAND (J.) |
| | GIRARD (Fr.) m. conf. |
| Physiologie | HUGELIN (A.) |
| | LAURENT (D.) |
| | SCHERRER (J.) pr. s. ch. |
| | VASSEUR (B.) |
| | CHANTEUR (J.) |
| | COURSAGET (J.) |
| | GREMY (F.) m. conf. |
| Physique médicale | MILHAUD (G.) |
| | PAGES (J. Cl.) |
| | PELLERIN (P.) |
| | ROUCAYROL (J. C.) pr. s. ch. |
| | TUBIANA (M.) m. conf. |
| | DECROIX (G.) |
| | ISRAEL (L.) |
| Pneumo phtisiologie | MEYER (A.) |
| | RENAULT (P.) |
| | SORS (Ch.) |
| | DENICKER (P.) |
| Psychiatrie infantile | DUCHE (D.) |
| | FLAVIGNY (H.) |
| | DUBOST (J.) |
| Radiologie médicale | LEFEBVRE (J.) |
| | MICHEL (J. R.) |
| Rhumatologie | MASSIAS (P.) |

| | MM. |
|---|---|
| Stomatologie | CAUHEPE (J.)<br>CERNEA (P.)<br>CHAPUT (Mme A.)<br>m. c. agr.<br>CREPY (Cl.)<br>FLEURY (R.)<br>GRELLET (M.) |
| Thérapeutique | CHASSAGNE (P.)<br>FOUET (P.)<br>LABET (R.)<br>MARCHE (J.) |
| Urologie | AUVERT (J.)<br>MOULONGUET (A.)<br>QUENU |

## II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

| | |
|---|---|
| Anatomie | CABROL<br>COUINAUD<br>GILLOT (C.)<br>HUREAU (J.)<br>GAUTHIER-VILLARS (Melle P.) pr. s. ch.<br>ABELANET (R.) |
| Anatomie pathologique | CHOMETTE (G.)<br>GOUYGOU (Ch.) pr. s. ch.<br>NEZELOFF (CH.)<br>ORCEL (L.)<br>PAILLAS (J.)<br>N. du BOUCHET (Mme) |
| Anesthésiologie | KERN (E.)<br>VOURC'H (G.) |
| Bactériologie | BARBIER (P.) pr. s. ch.<br>CHRISTOL (D.)<br>DAGUET (G.)<br>LE MINOR (L.)<br>TOURNIER (P.) |
| Biochimie médicale | BAULIEU Et. m. conf.<br>BOURILLON (R.)<br>CARTIER (P.) pr. s. ch.<br>CORNILLOT (P.)<br>DREYFUS (J. Cl.)<br>GONNARD (P.)<br>JEROME (H.)<br>KRUH (J.)<br>LEGRAND (J. Cl.)<br>NORDMANN (J.) |
| Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports | PLAS (F.) |
| Biologie médicale | BENHAMOU (J. P.)<br>BOIVIN (P.)<br>HARTMANN (L.)<br>pr. s. ch. |
| Carcinologie | BOIRON (M.)<br>DENOIX (P.)<br>MATHE (G.) |
| Cardiologie | SELIGMANN (M.)<br>HATT (P. -Y.)<br>CIVATTE (J.) |
| Dermato-Syphiligraphie | DUPERRAT (B.)<br>HEWITT (J.)<br>TOURAINE (R.) |
| Electro-Radiologie | HEITZ (F.) m. conf. |
| Embryologie | LEDOUX-LEBARD (G.)<br>ROUX (CH.)<br>BESSIS (M.) |
| Hématologie | BILSKI-PASQUIER (G.)<br>DAUSSET (J.)<br>DUHAMEL (G.) |
| Histologie | COUJARD (R.) pr. s. ch.<br>DA LAGE<br>MAROIS (M.)<br>RACADOT (J.)<br>SCHRAMM (B.) |
| Hydrologie | BESANÇON (F.) |
| Hygiène | CORNET (A.)<br>BLANCHER (G.)<br>CORRE-HURST (MmeL.)<br>ROUSSEL (A.)<br>SAPIN-JALOUSTRE (H.) |
| Maladies infectieuses | DUPONT (V.)<br>LISSAC (J.)<br>RAPIN (M.) |
| Maladies métaboliques | ANTOINE (B.)<br>CROSNIER (J.)<br>RICHET (G.)<br>SEBAOUN (J.) |
| Médecine légale | BOURGUIGNON (A.)<br>FOURNIER (E.)<br>GUENIOT (M.) |
| Médecine du travail | HADENGUE (A.) |
| Neuro-Chirurgie | ALBAHARY (C.)<br>PERTUISET (B.)<br>CAMBIER (J.)<br>CATHALA (H.)<br>ESCOUROLLE (R.) |
| Neuro-Psychiatrie | GAUTIER (J. -Cl.)<br>LAPRESLE (J.)<br>LEREBOULLET (J.)<br>PICHOT (P.)<br>TARDIEU (G.)<br>GRANJON (A.)<br>HERVET (E.)<br>LE LORIER (G.)<br>LEVY (J.)<br>LEWIN (D.) |
| Obstétrique | MUSSET (R.)<br>ROBEY (M.)<br>SENEZE (J.)<br>SUREAU (C.) |
| Ophtalmologie | TCHOBROUTSKY (Mme C.)<br>THOYER-ROZAT (J.)<br>AUVERT (Mme B.)<br>BREGEAT (P.)<br>DUBOIS (A.)<br>FONTAINE (Mme M.)<br>SARAUX (H.)<br>DUPARC (J.) |
| Orthopédie | MAURER (P.)<br>MEARY (R.)<br>POSTEL (M.)<br>RAMADIER (J.) |
| Oto-Rhino-Laryngologie | DEBAIN (J.)<br>PIALOUX (P.)<br>SERGENT (H.)<br>GOLVAN (Y.) |
| Parasitologie | HO THI SANG (Melle)<br>LAPIERRE (J.) |

## III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

### CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DEBEYRE (J.) |
| Clinique chirurgicale | VERNE (J. M.) |
| | RAMBERT (P.) |
| Clinique médicale | THIEFFRY (S.) |
| | GRASSET (J.) |
| Clinique obstétricale | MAYER (M.) |
| | MORIN (P.) |
| Clinique ophtalmologique | DESVIGNES (P.) |
| Clinique pédiatrique et puériculture | LAPLANE (R.) |
| Clinique psychiatrique | BARUK (H.) |
| Clinique urologique | KUSS (R.) |

## IV. - PROFESSEURS DETACHES

### DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

| | |
|---|---|
| Bactériologie | HAUDUROY (P.) Pr. s. ch. |
| Pathologie chirurgicale | RUDLER (J.) Pr. s. ch. |

## V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

| | |
|---|---|
| Secrétaire général de la Faculté | M. LENA (J.) |
| Conseiller administratif | Melle CHAINTREUIL (G.) |
| Conservateur en Chef de la Bibliothèque | M. le Docteur HAHN (A.) |
| Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine | |
| Conservateurs | Melles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.) |
| Bibliothécaires | Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)<br>Melle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.) |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546821_0022

A la mémoire de mon trisaïeul, le Docteur P. MAURICE

Chargé de cours à l'Ecole de Médecine de Douai
sous le Second Empire.

Décoré de la Médaille des Epidémies.

A MES PARENTS

Dont les sacrifices m'ont permis de mener à bien mes études.

En témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MON COUSIN,

Le Docteur Georges BRISSY
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MA FAMILLE,

A TOUS MES AMIS,

Je dédie cette thèse.

A mon Maître et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur Guy OFFRET

Professeur de la Clinique Ophtalmologique
de l'Hôtel-Dieu.
Ophtalmologiste des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous réserva le meilleur accueil dans son service, nous initia à l'ophtalmologie et nous fit le très grand honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse admiration et de notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Christian HAYE

Ophtalmologiste des Hôpitaux
Ophtalmologiste de la Fondation Curie.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a prodigué de nombreux conseils
tout au long de nos études d'ophtalmologie.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde gratitude et de notre sin-
cère amitié.

A Monsieur le Docteur René CAMPINCHI

Ophtalmologiste des Hôpitaux
Ophtalmologiste de l'Institut Gustave Roussy

Pour la grande bienveillance qu'il nous
a toujours témoignée et pour l'enseignement
si fructueux qu'il nous a dispensé.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage
de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean HAUT

Chef de Clinique

Qui nous a aidé à mener à bien ce travail.

Aux Chefs de clinique du service :

les Docteurs COSCAS, DEMAILLY, POULIQUEN , ROUSSELLE

En remerciement pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS,

en particulier :

Messieurs le Professeur de GAUDART d'ALLAINES

le Professeur PASTEUR-VALLERY-RADOT

le Professeur Jean HAMBURGER

le Professeur LELONG

le Professeur COSTE

le Professeur Etienne BERNARD

le Professeur ALAJOUANINE

le Professeur DEGOS

le Docteur HERVET

A MON MAITRE,

Monsieur le Docteur Armand MOLINIER

Ancien Professeur agrégé du Val de Grâce
Médecin de l'Hôpital de Rambouillet
Officier de la Légion d'Honneur.

Dont l'expérience fut d'un grand enrichissement dans la connaissance des malades pendant tout le temps que je passais auprès de lui dans son service.

En témoignage de notre profond attachement.

A Monsieur le Docteur Jacques ZAGDOUN

Membre de l'Académie de Chirurgie
Ex-Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de L'Hôpital de Rambouillet.

Avec nos vifs remerciements pour tout
ce qu'il nous a appris.

A Monsieur le Professeur Paul PIN

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine,
Docteur es-Sciences
Biologiste des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a encouragée tout au long de nos études et dont l'amical soutien fut particulièrement précieux aux heures sombres de notre vie.

A la mémoire du Professeur Henri MONDOR

Membre de l'Académie de Chirurgie
Membre de l'Académie de Médecine

Qui par ses conseils judicieux nous a
donné l'enthousiasme et la sérénité nécessaire
à la poursuite des études médicales.

# INTRODUCTION

Les kystes survenant dans l'orbite ne sont qu'une petite proportion des tumeurs orbitaires. Ils ont une étiologie très variée. Les plus communs des types cliniques comprennent :

1 - Les kystes congénitaux
  . kystes dermoïdes
  . céphalocèles et colobomes avec rétinocèles.
2 - Les kystes implantés provenant de l'épithium conjonctival,
3 - Les kystes hématiques.
4 - Les mucocèles
5 - Les kystes provenant de la glande lacrymale ou du nerf optique.
6 - Les kystes orbito-palpébreux dus à un rétrécissement de la vésicule optique foetale.

Nous nous proposons d'étudier les kystes dermoïdes de l'orbite. D'après nos cas personnels pris tant à l'Hôtel Dieu qu'à l'hôpital Cochin depuis I949, nous trouvons sur 223 tumeurs orbitaires : 83 tumeurs bénignes, parmi ces tumeurs bénignes : I4 tumeurs tétralogiques dont

11 kystes dermoïdes
1 kyste colobomateux
1 kyste séreux congénital
1 tératome.

DAS (en I962) a trouvé sur une période de I2 ans, parmi les I08 tumeurs primitives de l'orbite du service ophtalmologique de l'hôpital de Calcutta :

I6 tumeurs mixtes de la glande lacrymale
I5 kystes dermoïdes

I3 hémangiomes
I3 lymphomes
I0 lymphosarcomes
8 Schwannomes
8 Sarcomes indifférenciés
5 gliomes
5 neuro-fibromes
5 lipomes
5 méningiomes
3 rhabdomyosarcomes
2 fibromes
2 angiosarcomes.

Nous pouvons donc ainsi constater que la fréquence des kystes dermoïdes de l'orbite n'est pas négligeable : I2 °/₀ des tumeurs bénignes pour notre statistique personnelle, I3,8 °/₀ des tumeurs primitives pour DAS (Calcutta). D'autre part, dans une série de 200 cas d'exophtalmie, rapportés en I94I par RAYMOND L. et PFEIFFER (New-York), il y avait 4 °/₀ de ces tumeurs congénitales . Ce sont les plus fréquentes des tumeurs congénitales orbitaires (78 °/₀). Par contre elles ne représentent que 0,6 °/₀ des tumeurs cérébrales pour CUSHING (I948).

Le pronostic de ces tumeurs bénignes est excellent au point de vue local et général, c'est dire l'intérêt du diagnostic de ces kystes dermoïdes, qui permet d'éliminer les graves conséquences des tumeurs malignes de l'orbite.

Notre étude se basera sur les 11 cas personnels que nous exposerons auxquels s'ajoutent 33 observations trouvées dans la littérature : en tout 44 cas (Tableau I. II. III. IV).

Nous avons commencé notre travail par un aperçu historique, puis nous avons exposé les cas trouvés dans le service du Professeur OFFRET à l'Hôtel Dieu et à l'Hôpital Cochin depuis I949. Nous avons ensuite procédé à la synthèse en nous aidant des cas que nous a apporté la littérature.

- Nous avons envisagé les généralités puis sommes passée à l'étude clinique, en insistant sur le principal signe révélateur, qu'est l'exophtalmie, dont nous avons précisé les principaux caractères.

- Les signes radiologiques ont retenu longtemps notre attention car ils donnent la clef du problème diagnostique des kystes dermoïdes orbitaires.

- Un court chapitre élimine les principales affections qui peuvent simuler un kyste dermoïde orbitaire.

- Nous avons ensuite détaillé les différentes formes cliniques, en insistant sur la topographie particulière de ces tumeurs congénitales,

- Nous avons étudié ultérieurement l'évolution, les possibilités de récidives liées à certaines conditions et les séquelles post-opératoires.

Le diagnostic positif se combine à l'étude anatomo-pathologique pour montrer comment se forme un kyste dermoïde orbitaire, quel est son aspect et de quoi il se compose microscopiquement, dans les cas typiques et atypiques.

Nous avons envisagé en dernier lieu le traitement, puis nous avons conclu.

oOo

# H I S T O R I Q U E

Il y a longtemps que l'histoire des tumeurs dermoïdes orbitaires est commencée.

Il est au moins probable que 3 des observations rapportées par Pierre de MARCHETIS qui professait à Padoue en I640 se rattachent à l'affection qui nous occupe.

Maître JEAN consacre également quelques lignes aux tumeurs dermoïdes de l'orbite.

SAINT YVES, dans le Chapitre XXI de son traité des maladies des yeux, sous le titre "opération d'une tumeur singulière dans l'orbite" en rapporte une où il trouve trois cavités la plus proche de la peau contenait une matière purulente assez liquide ; la seconde était remplie d'une matière plus épaisse et en partie plâtreuse, celle de la troisième était comme du blanc d'oeuf.

DEMOURS confond en une même terminologie clinique toutes les tumeurs enkystées ou loupes des paupières, les athéromes, les mélicèries, les stéatomes, les hydatides et même la lithiase des paupières, il fait remarquer que ces loupes peuvent se développer dans la cavité orbitaire et entraîner l'exophtalmie.

ROSAS, sous le nom de mélicèris, de stéatoses et d'athéromes donne les caractères principaux des tumeurs dermoïdes aussi exactement observées qu'il était possible de le faire à l'époque où il écrivait.

JUNKEN ajoute les kystes dermoïdes épibulbaires.

DEMARQUAY fait une étude symptomatologique des kystes orbitaires qu'il est encore utile de consulter.

Mais il faut arriver à CRUVEILHIER pour avoir sur la question des notions anatomiques sans lesquelles le diagnostic échappe plus ou moins complètement - il leur donne le nom de "tumeur perlée", à cause de leur grande réfringence et de leur surface nodulaire. Quant au terme de cholestéatome, il fut introduit comme terme descriptif en I838 par MUELLER en raison de la grande quantité de cristaux de cholestérol que l'on trouve dans cette lésion.

Puis après LAWRENCE, CUNIER, RYBA en I844 publia une observation typique de kyste dermoïde rempli de poils - à propos de laquelle il émit l'idée que les poils venaient de la peau et avaient poussé en dedans - autour d'eux un sac adventice se serait développé et le petit kyste se trouvait ainsi constitué.

WALTHER (I825) a plus particulièrement étudié les kystes de l'orbite.

C'est à LEBERT que revient le mérite d'avoir créé le nom de kyste dermoïde et d'avoir démontré que la paroi du kyste n'était autre chose que de la peau : premiers travaux en I847, puis en I852 dans les Mémoires de la Société de Biologie, il publia une monographie étendue sur les kystes dermoïdes des diverses régions. Il fait une distinction judicieuse entre les athéromes ou kystes sébacés et les dermoïdes.

D'autres travaux, VIRCHOW I866, SPENCER, WATSON traitent de la génèse des kystes dermoïdes et MIKULICZ en I876 indique les modes principaux de production des dermoïdes de la tête - théorie d'abord émise par VERNEUIL, VASSAUX et BROCA, élèves de PANAS ont réuni les cas de kystes huileux de la région orbitaire, puis CHAVASSE du Val de Grâce et avant eux, DEMONS.

De WECKER confond les kystes dermoïdes avec les kystes sébacés par rétention. Aujourd'hui, c'est la structure anatomique du sac kystique qui doit servir de guide dans la terminologie et non le contenu.

BERLIN a réuni tous les cas publiés jusqu'en I879 : 70 .

En France, LANNELONGUE a étudié avec un grand luxe de détails et un nombre imposant d'observations personnelles les kystes dermoïdes de l'orbite et de son pourtour du point de vue anatomo-pathologie et pathogénie.

Puis LAGRANGE a parfaitement décrit les symptômes caractéristiques des kystes dermoïdes orbitaires.

Le Professeur OFFRET, dans son ouvrage sur les tumeurs primitives de l'orbite a parfaitement démontré les incidences radiologiques et l'intérêt des tomographies orbitairss dans le diagnostic des kystes dermoïdes ainsi que leur traitement chirurgical.

oOo

# EXPOSE DES CAS

CAS I : A... Mohamed, 29 ans, ouvrier spécialisé.

Kyste dermoïde supéro-externe de l'orbite évoquant une tumeur mixte de la glande lacrymale.

Entre dans le service le 3.I2.I964 adressé par le Dr. BOTBOL au Professeur OFFRET pour une tuméfaction orbitaire droite occupant l'angle supéro-externe.

Histoire de la maladie :

Le début des troubles remonte à 1 mois I/2 : le malade constate l'existence d'une tuméfaction de l'angle supéro-externe.

Pas de douleur, pas de rougeur, pas de larmoiement, pas d'exophtalmie.

Les clichés radiologiques : radio du crâne :selles turciques normales pas de décalcification des parois sellaires - pas de calcifications anormales.

Tomo : profil de la selle turcique normal.

Examen à l'entrée :

Oeil droit : inspection : comblement de l'angle supéro-externe droit sans signe inflammatoire avec effacement du pli palpébral et petit oedème palpébral externe supérieur.

La conjonctive est violacée dans sa partie externe.

Palpation : on perçoit sous le rebord orbitaire supérieur en arrière du plan osseux, une masse dure ovalaire de 1 cm à I,5 cm bien limitée en DD où elle atteint le I/3 du rebord orbitaire, moins bien limitée en DH où elle n'atteint pas l'apophyse orbitaire externe, masse dure, non mobile, qui semble adhérer au plan profond (osseux);

- motilité oculaire normale
- R P M direct et consensuel normaux
- convergence : insuffisante à droite
- C.V. normal
- sensibilité cornéenne normale

VOD - sans correction IO/IO° $P_2$ TOD 8/7,5.

La conjonctive : hyperhémie conjonctivale palpébrale supérieure, partie externe, quelques follicules ainsi que dans le cul de sac inférieur - oedème localisé externe, en regard de la glande lacrymale palpébrale qui est saillante;

- vaso-dilatation de la conjonctive bulbaire externe
- cornée claire, pas de pannus
- cristallin transparent
- FOD normal.

Examen oculaire OG normal en dehors de quelques follicules sur la conjonctive palpébrale supérieure et le cul de sac inférieur.

Examen général : pas d'asthénie ni d'amaigrissement,

- les territoires ganglionnaires sont libres
- pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie
- pas de fièvre.

Conclusion : Il existe donc une tuméfaction dans le territoire de la glande lacrymale droite, dure, adhérente au plan osseux, sans signes généraux associés, Possibilité de tumeur mixte de la glande lacrymale.

Examens complémentaires : CV normaux, selles turciques normales
radio pulmonaire normale
examens biologiques normaux.

Intervention le I5.I2I964 : Oeil droit, Doct. HAYE - Incision du sourcil allant de la moitié interne jusqu'à la partie inférieure de l'arcade orbitaire externe.

Dès l'incision du périoste, on tombe sur les masses blanchâtres d'un kyste épidermoïde avec de nombreux poils, qu'on curète aussi complètement que possible avec la coque. Mèche, suture du périoste, suture cutanée, tarsonaphie.

Bilan de sortie : Bon état local. Persistance d'un oedème palpébral supéro-externe et d'une petite hyperhémie conjonctivale palpébrale supérieure et inférieure.

Suites opératoires : bonne cicatrice.FOD normal.

oOo

CAS N° 2 : M... Ivan, 26 ans, Religieux.

Kyste dermoïde de l'angle externe de l'orbite droite avec déhiscence de la paroi externe de l'orbite évoquant au début une tumeur de la glande lacrymale.

Entre dans le service le 7.I.1964 pour une tuméfaction de l'angle externe de l'orbite droite.

Antécédents oculaires : Astigmatisme myopique composé
porte des lunettes depuis 1959.

Antécédents généraux : aucun

Histoire de la maladie :

Depuis 1961 environ a noté une tuméfaction de l'angle externe de la paupière OD sans douleur, l'augmentation de volume est progressive (par poussées qui régressent) jamais d'inflammation, jamais de diplopie - Il n'y a pas de notion de traumatisme.

A l'examen oeil droit : inspection : l'angle externe de la paupière à droite est gonflé, le globe oculaire est le siège d'une légère exophtalmie, à maximum supérieur.

A la palpation : la consistance de la tumeur est semi-dure, pas compressible, elle est bien limitée, la surface légèrement irrégulière , pas de fluctuation, pas de battement, pas de douleur à la pression .

Cette tuméfaction est fixée au plan profond et s'introduit en AR dans l'orbite.

Les paupières et le globe sont libres.

Il n'y a pas d'adhérence à l'orbite et au globe.

AV OD 3/10°, 10/10° avec - 1,50 (90° - 0,50)

RPM et consensuel normal, convergence normale :

- motilité vers le haut et en dehors légèrement diminuée
- sensibilité cornéenne normale
- TOD 20 à 6,5/7,5
- exophtalmométrie OD I8 ←— 4 mm 5 —→ OG 14,5

Laf segment antérieur et postérieur normal
Fo normal
CV normal

Test de Schirmer : OD I' 5" ——→ 7 cm OD 5' 5 cm
8-I-64 OG 5' ——→ 3 cm 9/I/64 OG 5' 2 cm

Examen OG AV I/IO° ac IO/IO° avec - 2,50 (90° - 0,75)
normal par ailleurs.

Examens complémentaires : Numération formule sanguine normale
VS normale, urée-glycémie normales.

Radios : Poumons RAS
Crâne - orbite : condensation de l'apophyse orbitaire externe du frontal OG
Selle turcique normale. Ossification des clinoïdes - trous optiques normaux.

Examen général : négatif

Intervention le I3.I.64 - orbitotomie OD

Tarsorraphie préalable. Incision au bistouri électrique dans le sourcil droit, descendant le long de l'apophyse orbitaire externe. L'incision ne saigne absolument pas ; on décolle le périoste de l'os , on incise le périoste. Saillie d'une hernie graisseuse, la cavité orbitaire ouverte, on suit une masse saillante sur la paroi externe orbitaire, masse allongée et bosselée. En dégageant cette masse qui adhère fortement à la paroi, on la rompt et on observe une issue importante de masses kystiques - aspect de kyste dermoïde. On essaie d'enlever la paroi du kyste - au cours de ces tentatives, on s'aperçoit qu'il existe une déhiscence manifeste dans la paroi externe de l'orbite. - Pose d'une mèche - fermeture périostée - fermeture cutanée.

On enlève un petit morceau pour faire un examen anatomo-pathologique.

Suites opératoires : I5.I.64 - Ablation de la mèche
I8.I.64 - Ablation des fils - orbite - tarsorraphie -

On note : un oedème palpébrale, un chémosis,
diplopie et limitation des mouvements vers le haut,
FO pôle postérieur normal.

A signaler que cette tumeur entraînait une hypersécrétion lacrymale.

oOo

CAS N°°3 : L... Roger, 4I ans.

Kyste dermoïde du plafond de l'orbite droite, aspect de tumeur osseuse.

Entre dans le service le 8.6.I959 pour une exophtalmie droite.

Le début des troubles remonte à 9 ans déjà, époque à laquelle le malade aurait subi un traumatisme (coup de pied) qui lui aurait provoqué un hématome. Quelques mois plus tard apparaissent des signes oculaires à l'oeil droit :

- vision trouble à une certaine distance,
- apparition progressive et lente d'une exophtalmie,
- baisse progressive de l'acuité visuelle,
- crises de larmoiement,
- mais absence de douleur,

Le malade va consulter à Rotschild où des tomographies sont pratiqués : il existe une masse osseuse visible sur les tomos de face et de profil, cette masse paraît adhérer à la paroi du sinus frontal.

L'examen de l'oeil droit montre :

- un déplacement du globe oculaire en bas,
- l'exophtalmie n'est pas axile, ni réductible, ni pulsatile,
- à l'exophtalmomètre OD 23 mm, OG I8 mm.

La palpation de l'orbite révèle une masse dure dans le sillon orbito-palpébral, paraissant adhérente au plafond de l'orbite à surface bosselée. Pas de souffle de la région temporale.

AV I/IO° + TS → 4/IO° + lunettes (45° + 2,5) → 3/IO°.

Pas d'anesthésie dans le territoire cutané, sensibilité cornéenne normale.

RPM + motilité oculaire normale. Test de Lancaster normal.
pas de diplopie
tenus aux doigts - OD paraît plus dur.

Fo : plis de la rétine occupant le pôle postérieur sur toute la région interpapille maculaire,
papille de coloration normale.

Oeil gauche : AV 9/IO° non corrigé
le reste de l'examen est normal.

Intervention : le I8.6.I959 : orbitotomie supérieure droite (Pr. OFFRET)

Incision le long du sourcil et sur la face latérale du nez - Rugination du périoste - hémostase.

Conservation de l'insertion du grand oblique. Au cours du dégagement du périoste, on ouvre brusquement une poche. Il en sort une bouillie marron. Il s'agit d'un kyste épidermoïde du frontal qui met à nu la dure-mère sur 2 ou 3 cm2. On décolle la poche qui va très loin en arrière, qui adhère au malaire et qui a soufflé l'os frontal.

Ablation d'une grande lamelle d'os poreux en état de séquestre. Méchage iodoformé. Sutures cutanées aux crins.

Bonnes suites opératoires. Bonne motilité oculaire.

oOo

CAS N° 4 : L... Christine, 3 ans.

Kyste dermoïde dans l'os propre du nez.

La jeune Christine est vue le 8.2.I957 pour une tuméfaction dans l'espace naso-palpébral supérieur à droite, de la grosseur d'une petite cerise, dure, bilobée, non mobile sur les plans profonds, mobile par rapport à la peau.

- la paupière supérieure droite est normale
- la motricité extrinsèque est normale.

Intervention le I2/2/I957 : Professeur OFFRET.

Présence de deux grosses veines en croix sur le trajet de l'incision ; on les pince à travers la peau et on les lie. On complète l'incision par deux branches verticales. On dissèque le kyste qui occupe une loge osseuse dans l'os propore du nez, ou la branche montante du maxillaire supérieure.

- après vérification, les voies lacrymales sont intactes,
- ligature des vaisseaux qui saignent,
- petite mèche dans la cavité,
- sutures cutanées.

Suites opératoires : excellent état

Convoquée le 22 octobre I959/ Très bon état.A vérifier les voies lacrymales car larmoiement de temps à autre.

oOo

CAS N° 5 : G... Ghislaine, 20 ans.

Kyste dermoïde de l'angle supéro-externe de l'orbite gauche. Le kyste a perforé le malaire et s'enfonce vers la fosse temporale.

Entre dans le service le I8 juin I957 pour une tumeur de l'angle supéro-externe de l'orbite gauche.

Le tout début des troubles remonte en I952, peu de temps après une chute de bicyclette avec blessures de la paupière supérieure de l'oeil gauche.

La paupière supérieure gauche enfle par intermittence , oedème indolore qui rend l'ouverture de l'oeil impossible : 3 ou 4 épisodes semblables en 1 an.

Il y a deux ans, la malade consulte aux Quinze-Vingts : on fait des radios et on décide d'attendre 6 mois pour intervenir.

L'année dernière, elle consulte à St Antoine où l'enfant refait des radios.

Il y a deux mois, nouvelles séries de radios aux Quinze-Vingts . Devant l'accentuation des signes radiologiques, on décide l'hospitalisation.

Actuellement, la paupière ne gonfle plus mais la région sus-orbitaire est douloureuse par poussée, davantage quand la malade se baisse. La malade aurait l'impression, en outre, que le niveau de face de l'oeil gauche est plus bas par moment, surtout après des contrariétés;

- jamais de diplopie,
- jamais de crises de larmoiement.

Examen : OD AV OD 9/I0° ac (0° - 0,75) - I,25 lit $P_2$.

Examen normal
OG AV OG 8/I0° ac (0° - 0,75) - 1 lit $P_2$

RPM normal, motilité oculaire normale.
Pas de diplopie au verre rouge
sensibilité cornéenne normale
CV normaux. FO normaux.

A l'inspection : fente palpébrale OG un peu rétrécie
paupière supérieure oedématiée blanche.

A la palpation, on sent une tumeur aplatie de consistance cartilagineuse qui dépasse le rebord orbitaire gauche au niveau de l'angle supéro-externe, qui file en arrière dans l'orbite contre son plafond et semble être adhérent à l'os du côté interne. Il existe une indolence totale.

Ihtervention pratiquée le 29 février I957.

Incision d'orbitotomie au bistouri électrique supéro-externe. Décollement du périoste à la Rugine, on tombe sur un ballon jaunâtre collé à la loge lacrymale fibreuse - libération. Le kyste a perforé le malaire et s'enfonce vers la fosse temporale. On rugine la paroi osseuse et on détruit à la curette le prolongement situé dans la fosse temporale et la suture fronto-malaire . Mèche orbitaire - suture du périoste au nylon - suture temporaire des paupières par points en U.

Suites opératoires :

Aucune séquelle importante. Biplopie transitoire, très léger ptosis - au palper : réaction périostée au niveau du tubercule de Whittnall.

Revue en I962 : Bon aspect de la cicatrice.
Bonne motilité.

oOo

CAS N° 6 : M... Paulette, 11 ans.

Kyste dermoïde du plancher orbitaire se prolongeant probablement vers la fente sphénoïdale.

Vient consulter à l'hôpital Cochin pour une tumeur orbitaire inférieure de l'oeil droit apparue il y a 1 an.

Examen :

A l'inspection de l'oeil droit, on note une diminution de la fente palpébrale par élévation du bord libre de la paupière inférieure. Dans le regard en haut, apparait au-dessus du bord orbitaire inférieur et parallèle à celui-ci une tumeur allongée de I5 mm sur 4 mm environ.

Une hypersécrétion lacrymale.

A la palpation, la tumeur est allongée parallèlement au rebord orbitaire inférieur, de consistance molle, non adhérente au plan profond. La tumeur est plus nettement palpable dans le regard en élévation et abduction ou adduction.

- la palpation est ressentie un peu douloureusement,
- pas de limitation de la motilité
- réflexes pupillaires normaux
- sensibilité normale.

L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent.

Bilan visuel : AV, OD sc 8/I0°, OG I0/I0°
ac (90° + 0,75) I0/I0°

To - CV - FO - normal .

Intervention : Professeur OFFRET, le I.I.I955.

Incision au bistouri électrique le long du rebord orbitaire inférieur. On fait un pertuis dans la poche kystique par lequel fait issue un liquide graisseux. On dissèque facilement un kyste épidermoïde, gros comme une amande qui se prolonge, semble-t-il, assez loin dans l'orbite.

En disséquant attentivement, on finit par tomber sur du tissu musculaire, strié, bordé d'une petite lamelle aponévrotique. On sectionne à ce niveau sur l'implantation musculaire.

Le kyste était donc situé le long du plancher sous le Pr. Oblique, se prolongeant en arrière vers la partie externe et supérieure de l'orbite, probablement vers la fente sphénoïdale. La traction sur le kyste (ou la pression sur le globe) a provoqué à un moment donné une tachycardie nette, pour laquelle on a infiltré de novocaïne le fond de l'orbite. Surjet en nylon du périoste, suture cutanée intradermique . On laisse en place une petite mèche.

Les suites opératoires furent normales .

La malade revue deux mois après était en escellent état.

oOo

On rapproche

CAS N° IO : V... Chantal 5 ans

Kyste dermoïde du plancher de l'orbite, biloculaire.

Est amenée par sa mère sur les conseils du Dr. KALT, le 24.I.I950 au Professeur OFFRET.

On remarque, 1 mois après sa naissance, une tumeur soulevant la paupière inférieure droite. Depuis, la tumeur n'a pas cessé de grandir.

A l'examen, on note la présence d'une tumeur du plancher de l'orbite, large de 25 mm, haute de I2 mm, saillante de 8 mm. La tumeur n'adhère ni à la peau, ni à la conjonctive. Elle est partiellement réductible, elle augmente avec l'effort et à l'abaissement de la tête. Elle repousse le globe vers le haut de 4 mm environ : l'abaissement de l'oeil est un peu limité. On note une légère énophtalmie.

En dedans de la masse principale, on palpe un petit boudin qui file sous le doigt au niveau de la zone d'insertion du petit oblique.

On note également la présence de petits angiomes capillaires des 2 paupières supérieures.

- les voies lacrymales sont normales
- FO : petite anomalie congénitale des deux papilles.

La radiographie montre un élargissement transversal de l'orbite sans lésion des parois.

Le I.2.I950, orbitotomie exploratrice.

Incision curviligne le long du rebord orbitaire inférieur. Découverte d'une poche kystique contenant une substance analogue à du mastic fluide. La dissection de la poche conduit à l'angle inféro-interne de l'orbite où se trouve un diverticule kystique. Le kyste se prolonge en arrière jusque sous l'équateur du globe. Dissection difficile à cause des adhérences. Section du pédicule inséré vers l'angle osseux inféro-nasal de l'orbite.

A la fin de l'intervention, on constate que le muscle petit oblique fonctionne normalement.

oOo

CAS N° 7 C... Léon, 46 ans.

Kyste dermoïde médian frontal.

Hospitalisé le 26 hanvier I953 dans le service du Dr. OFFRET pour une tumeur de l'orbite gauche.

L'exophtalmie a débuté en septembre I952.

En décembre I952 une diplopie apparait et persiste encore à son entrée à l'hôpital.

Ni céphalée, ni douleur orbitaires.

L'examen pratiqué dans le service révèle à ce moment :

OG I/IO° sc , 5/IO° avec + I,50 baisse A.V. depuis octobre I952.

Exophtalmie importante non réductible non pulsatile,
Oeil dévié en bas. DD.

A la palpation : encoche du rebord orbitaire supérieur, derrière lequel on sent une masse qui fait penser à un kyste dermoïde. En effet, l'asymétrie oculaire existait sur des photos anciennes.

- les mouvements oculaires ne sont limités que dans l'élévation
- la diplopie est une diplopie verticale.
- sensibilité ; réflexes - tonus normaux.
- au FO : plis rétiniens inter-papillo-maculaires.

Le diagnostic de kyste dermoïde était fortement probable. On demande confirmation radiologique.

Cliché standard : nez, menton, plaque.

Déformation du rebord orbitaire supérieur, dans sa moitié externe, qui est soufflé, par une néoformation que caractérisent ses contours arrondis et son hyperclarté .

L'apophyse orbitaire du frontal est en grande partie érodée tandis que l'os malaire est normal. Pas de lésion des fosses nasales du sinus maxillaire et frontal.

Tomographies après injection d'air :

De face à 2 cm, on voit très bien le contour externe du globe. Dans la région supéro-externe de l'orbite on note une condensation tissulaire (calcification) au-dessus de laquelle on voit une déformation du rebord orbitaire qui est creusé d'une géode.

A 2,5 cm on devine les contours du globe oculaire au-dessus duquel se trouve une vaste perte de substance osseuse.

A 3 cm : déformation très importante de tout le rebord orbitaire. On peut même se demander si le sinus frontal n'est pas intéressé par la lésion.

A 3,5 cm : on voit encore une géode assez importante.

A 4 cm, on ne voit plus rien, mais il existe une certaine asymétrie avec l'orbite opposée.

Profil : A 4 cm on voit se dessiner le globe oculaire limité par l'injection d'air mais la lésion n'est pas visible.

En conclusion :

Il s'agit d'une tumeur ayant fait une géode dans le rebord orbitaire entre 2 cm et 3,5 cm du plan frontal.

Intervention : pratiquée le 6.2.1953 par le Dr. OFFRET.

O.G. - Incision au bistouri électrique le long du rebord orbitaire supérieur et externe. Incision du périoste. Découverte d'un très volumineux kyste dermoïde développé aux dépens de la paroi inférieure du frontal. Après aspiration d'un liquide graisseux et hémorragique, dissection de la paroi orbitaire et ablation de la tumeur à la rugine et à la gouge. Ablation d'une partie du rebord orbitaire vermoulu.

Rares petits prolongements tout encastrés dans la paroi osseuse du sinus frontal - on les arrache - on arrive presque au contact d'une membrane qui paraît légèrement battante.

Pénicilline + strepto dans la plaie. Réfection du périoste du plan aponévrotique cutané. Une grosse mèche est laissée en place dans la partie externe.

Suites opératoires :

I5 jours après : Diplopie accrue vers le bas et vers la gauche (Dr. inf. gauche).

L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic de kyste dermoïde du frontal, en montrant l'existence d'une paroi conjonctive épaisse au niveau de laquelle on ne retrouve plus aucun revêtement épithélial mais des amas lipidique avec réaction macrophagique à corps étranger.

Dans cette observation, l'intérêt des clichés tomographiques n'a pas résidé dans l'élaboration du diagnostic déjà établi par la clinique, mais elles ont permis de connaitre les limites exactes de ce kyste et de choisir la voie d'abord intérieur.

oOo

CAS N° 8 F... Pierrette, I5 ans.

Kyste dermoïde postéro-externe communiquant avec le sinus frontal.

Vient consulter à l'hôpital Cochin pour une exophtalmie lentement progressive de l'oeil gauche datant de moins d'un an.

Examen le 3/6/I950 : l'exophtalmie est légère. Le globe oculaire est un peu abaissé et dévié en DD.

- pas de troubles oculo-moteurs - convergence normale
- pas de troubles pupillaires
- hypoesthésie cornéenne.

FOG : légère congestion papillaire.

Une photo prise à l'âge de I2 ans ne montre aucune asymétrie.

Examen radiologique :

De face : on note dans la I/2 externe de l'orbite une image claire, arrondie, entourée d'un liseré sombre très dense formant une coque.

L'oblique : montre une image caractéristique de K.D. : cavité très claire beaucoup plus claire que les tissus voisins ; cette cavité est entourée par un bord esseux très dense d'hyperostéose qui tranche par sa netteté sur l'os voisin.

Tomographie :

Face : La cavité kystique se dessine à 6 cm du plan frontal limites nettes surtout en dedans.

A 7 cm, la cavité est un peu plus volumineuse mais elle conserve sa forme ronde .

A 8 cm, l'anneau apparait bien à la partie supérieure.

Profil : la coque osseuse péri-kystique est bien visible rendant nette la tumeur. Celle-ci se dessine à 2,5 cm.

A 3 cm elle présente une forme grossièrement rectangulaire à limite antérieure amincie.

A 4 cm, la tumeur s'arrondit et le bord antérieur s'efface.

A 4,5 cm, un hiatus est nettement perceptible au niveau de la partie antérieure où la paroi est amincie.

Intervention le 30.6.I950 : Incision temporale gauche à 3 lambeaux cutanés respectant la branche frontale du facial. Sous le muscle temporal on découvre la tumeur à contenu graisseux. En pratiquant l'exérèse diathermique de cette tumeur, on se rendit compte qu'elle présentait un prolongement intra et rétro-orbitaire. Suture au lin. Drainage filiforme.

Suites opératoires : va bien , persiste légère exophtalmie.

Compte-rendu histologique : Le prélèvement se compose exclusivement de lamelles épidermoïdes exfolliées en majeure partie nécrosées et constituant une bouillie athéromateuse. Il s'agissait d'un kyste épidermoïde dont le revêtement épithélial avait disparu.

oOo

CAS N° 9 : S...Paul , 43 ans.

Kyste dermoïde temporo-orbitaire gauche, développé à cheval dans l'orbite et la fosse temporale à travers une brèche de l'os malaire, évoquant devant l'association exophtalmoe-tumeur temporale la possibilité de méningiome du ptérion, mais il existait une perte de substance osseuse radiologiquement visible.

Le malade s'est aperçu depuis juin I949 d'une légère exophtalmie gauche qui s'accentue sans douleur. Dans l'enfance il se souvient avoir présenté

de temps en temps des sensations de tension et de gêne dans la région supéro-externe de l'orbite gauche. Il signale également avoir fait une chute sur la tête assez violente ayant laissé une assez grosse cicatrice frontale supérieure droite mais ne peut préciser si la région orbitaire gauche a été intéressée par cet accident.

A l'examen : on est d'emblée frappé par l'association exophtalmie-tumeur temporale.

En effet l'oeil est dévié en bas dedans.

Le regard en haut et à gauche est limité.

Il n'y a pas de diplopie, pas d'inégalité papillaire, mais une lenteur de la convergence OG.

La saillie de l'oeil n'est pas réductible mais l'occlusion palpébrale est possible.

La palpation perçoit le long de la partie supérieure et externe du rebord orbitaire une tumeur dure par endroit, plus molle ailleurs, légèrement douloureuse à la pression. Cette tumeur est adhérente à l'os et se continue à travers le malaire vers la fosse temporale. Au niveau de la suture fronto-malaire, on note une perte de substance osseuse aux dépens de l'os malaire au-dessous de l'apophyse orbitaire externe du frontal .

- La tumeur temporale présente les mêmes caractères que la tumeur orbitaire avec laquelle elle communique largement. La pression sur la masse temporale fait saillir l'oeil.

- par ailleurs, l'AV I/IO° avec - 8
- CV normal
- glande palpébrale normale.

L'examen radiologique montre une importante perte de substance osseuse au-dessous de l'apophyse orbitaire externe.

Le malaire est creusé d'une lacune. De plus, on suit dans la fosse temporale une ombre verticale plus sombre qui est sans nul doute le prolongement externe du kyste.

Intervention : le 2I/2/I950 Professeur OFFRET.

Orbitotomie supéro-externe au bistouri électrique ; on découvre dans la fosse temporale le prolongement de la tumeur. A l'ouverture, issue d'une abondante substance grasse, blanche, de consistance ferme. On vide entièrement à la curette le contenu du kyste après avoir agrandi l'ouverture primitive.

On se rend compte que la tumeur a la forme d'un bisac à cheval sur le rebord orbitaire externe avec une partie orbitaire et une partie temporale. De l'intérieur du kyste la paroi est facilement abrasée en totalité ; elle n'adhère

pratiquement qu'au périoste. On la détache facilement de la paroi de la loge qu'elle occupe. L'hémorragie est minime. Mèche et suture en un plan.

Le malade sort au bout de IO jours.

Revu en Octobre I950 : le malade était normal.

oOo

CAS N° II V... Paulette, IO ans.

Kyste épidermoïde à plusieurs lobes le long de la paroi interne de l'orbite.

Vient consulter le IO décembre I949 à l'hôpital Cochin.

On constate outre l'existence d'un kyste palpébral O. droit, qui a toujours existé et ne parait pas avoir grossi - une tuméfaction de la grosseur d'une petite cerise dans l'angle supéro-externe de l'orbite droite, non inflammatoire, non douloureuse qui semble adhérer au plan osseux mais ne suit pas le mouvement du globe. La peau est mobilisable à la surface.

A la palpation : sa surface est arrondie, lisse, sa consistance est un peu rénittente; il n'y a ni réduction ni impulsion à la toux.

Le reste de l'examen oculaire est normal.

Voie lacrymale droite perméable par le Pt. supérieur.

Intervention : le 27.I.I950, Dr. JOSEPH.

Incision au bistouri électrique . Découverte facile du kyste - dissection - ouverture du sac adhérent au périoste - 1 point de capiton - 3 points cutanés.

Le 8.2.I950, le malade vient consulter à nouveau : on pratique une biopsie de la tuméfaction trouvée le long de la paroi interne. Il s'agit bien d'un kyste épidermoïde à plusieurs lobes.

oOo

TABLEAU I

| | AGE | SEXE | DEBUT APPARITION DES 1ers SIGNES | VITESSE D'AC. - CROISSEMENT | POUSSEES EVOLUTIVES | SIGNES FONCTIONNELS | SIGNES PHYSIQUES | SIGNES RADIOLOGIQUES | SUITES OPERATOIRES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N°1 A..M | 29a | H | depuis 1 mois 1/2 | | | | -petit oedème palpébral ext. sup.<br>-vasodilatation conjonctive bulbaire externe.<br>-glande lacrymale palpébrale saillante.<br>-gonflement angle supéro-externe de l'orbite droite, par masse dure de 1,5 cm perçue sous le rebord orbitaire sup. en AR du plan osseux, semble adhérer au plan profond. | Clichés ne montrant pas d'anomalies osseuses. | Suites immédiates très bonnes. |
| N°2 M..I. | 26a | H | depuis 3 ans | progressive | par poussées régressives | hypersécrétion lacrymale | -exophtalmie OD 18 mm.<br>-motilité diminuée vers le Ht<br>-tuméfaction angle ext. paupière fixée, encapsulée au plan profond s'introduit en AR de l'orbite. | Condensation apophyse orbitaire externe du frontal de l'orbite opposée. | Dans les suites immédiates :<br>. diplopie<br>. limitation m t vers le Ht<br>.hypersécrétion lacrymale |
| N°3 L..R. | 41a | H | depuis 9 ans | progressive | | Larmoiement<br>baisse progressive AV<br>vision brouillée | -exophtalmie OD 23 mm<br>-déplacement globe oculaire en Bs<br>-masse dure dans le sillon orbitaire-palpébral adhérent au plafond de l'orbite | Tomo : masse osseuse visible de face et de profil<br>Paraissant adhérer à la paroi du sinus frontal. | Pas de récidives. |
| N°4 L..Chr. | 3a | F | depuis 5 ans | | 3 ou 4 épisodes | | -FO plis rétiniens inter-papillo-maculaires<br>-tuméfaction espace naso-palpébral supr droit bilobée, non mobile sur les plans profonds. | | 2 ans: pas de récidives. |

TABLEAU I (suite)

| | AGE | SEXE | DEBUT D'APPARITION DES 1ers SIGNES | VITESSE D'ACCROISSEMENT | POUSSEES EVOLUTIVES | SIGNES FONCTIONNELS | SIGNES PHYSIQUES | SIGNES RADIOLOGIQUES | SUITES OPERATOIRES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N°5 GR..G | 20a | F | depuis 5 ans | | 3 ou 4 épisodes | Régions sus-orbit. douloureuse par poussées. | -gonflem.paup. sup. G-oedème palpébral rosé qui rend ouverture oeil impossible<br>-tuméfaction qui dépasse le rebord orbitaire au niv. angle sup.ext.file en AR contre le plafond de l'orbite | | 5 ans : pas de récidives |
| N°6 M..P. | 11a | F | depuis 1 an | | | | -tumeur allongée parallèlement au rebord orbit.inf. non adhérente aux plans profonds. | | Pas de récidives |
| N°7 C..L. | 46a | H | depuis 1 an 1/2 | progression en 1 mois exo. | | Baisse AV-diplopie | -Exophtalmie OG non réductible non pulsatile.FOG-striation horizontales inter-papillo-maculaires. | Le rebord orbit.ds sa 1/2 externe est soufflé par une néoform.à contours ar. érosion ap. orbit. ext. du frontal | Suites immédiates diplppie |
| N°8 F..P. | 15a | F | depuis 1 an | | | | Exophotal.OG 14mm latérale hypoesthésie cornéenne des 2 côtés-globe abaissé dévié en DD. | Image située prof. dans orbite à contours osseux irréguliers avec centre clair. | Suites: persiste légère exopht. |
| N°9 S..P. | 43a | H | depuis l'enf. | en qq mois | | Légère sensation de picotement périocul. G.avec sensation de gêne, de tension ds rég.sus orbit.ext.G | Exophtalm.OG-Globe abaissé dévié en DD - limitation des MTS du globe DH Ht - ds partie sup. et ext.du rebord orbit.tumeur dure + molle par ailleurs adhérente à l'os se continue ds fosse temporale. | Destruction reb.orbit. ext. ds son 1/3 sup. Agrandissement de l'orbite ds sa partie supéro externe. | Pas de récidive |

TABLEAU I (suite 3)

| | AGE | SEXE | DEBUT D'APPARITION TOSIGNES | VITESSE d'ACCROISSEMENT | POUSSEES EVOLUTIVES | SIGNES FONCTIONNELS | SIGNES PHYSIQUES | SIGNES RADIOLOGIQUES | SUITES OPERATOIRES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N°10 V..Ch. | 5a | F | depuis naissance | | | | Légère exophtal.tuméfaction arrondie derrière paup. inf. Dr. 2e tuméf. de la région insertion P.O. | Accroissement grand diamètre orbite - sans signes d'érosion parois osseuses Tumeur visible sur la radio de face. | |
| N°11 V..P. | 10a | F | Depuis naissance | n'a pas évolué | | | Tuméfaction angle sup. int. orbit. de grosseur petite cerise semble adhérer à l'angle sup. int. | | |

TABLEAU I (suite 3)

| | AGE | SEXE | DEBUT D'APPARITION 1°SIGNES | VITESSE d'ACCROISSEMENT | POUSSEES EVOLUTIVES | SIGNES FONCTIONNELS | SIGNES PHYSIQUES | SIGNES RADIOLOGIQUES | SUITES OPERATOIRES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N°10 V..Ch. | 5a | F | depuis naissance | | | | Légère exophtal.tuméfaction arrondie derrière paup. inf. Dr. 2e tuméf. de la région insertion P.O. | Accroissement grand diamètre orbite - sans signes d'érosion parois osseuses Tumeur visible sur la radio de face. | |
| N°11 V..P. | 10a | F | Depuis naissance | n'a pas évolué | | | Tuméfaction angle sup. int. orbit. de grosseur petite cerise semble adhérer à l'angle sup. int. | | |

TABLEAU II : PATRICK C. CAREY : 7 cas de Kystes dermoïdes orbitaires

| Cas | Age | Sexe | Durée des sympt. | S.F. | Exophtalmie | R.X. | Suites opératoires récidives |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| n° I2 | 26a | F | 11 ans : exo. depuis 3 ans. | diplopie regard horizon. | 8 mm | Dans partie sup. ext. plaf.. orbitaire en arr.apophyse zygomatique : plage elliptique trans-lucide nettement découpée entourée d'os densité accrue. apo-zygomatique épaissie sur profils, on voyait en plus : plage de clarté accrue s'étendant vers la paroi ext. de la fosse crânienne ant. | Après opération : pas de diplopie, oeil en position normale I8 mois après récidive. |
| n°I3 | 23a | F | enfance | larmoiement il y a 3 a. diplopie | 6 mm | Au bord sup. ext. plafond orbitaire plage transparente entourée d'os de densité accrue, s'étendant en avt. à courte distance de l'os frontal à la racine apo-fronto-zygomatique. | Pas de notion de récidives. |
| n°I4 | 5Ia | H | enfance il y a 2 mois trauma. balle de caoutchouc | limitation mts. ocul. en Ht. DH. | 8 mm | Dans la paroi externe et toit de l'orbite, plage ovale transparente enveloppant les petites et gdes ailes du sphénoïde-apo fronto zygomatique élargie. | suivi 1 an, pas de récidive. |
| n°I5 | 59a | F | 3 mois | limitation mts. ocul. Ht. DH DD | 9 mm | Grande plage transparente dans toit et paroi ext. orbite turri-céphalie. | Post opérat. immédiates dysphasie |

TABLEAU II (suite)

| Cas | Age | Sexe | Durée des sympt. | S.F. | Exophtalmie | R.X. | Suites opératoires récidives |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| n°I6 | 39a | F | 2I ans | perte vision côté droit diplopie région lat. droite. | modérée | Dans région post. ext. orbit. droite trou nettement délimité. Absorption diffuse du canal optique droit. Clinoïdes post. de la selle turcique décalcifiées. | A la 3e semaine CV : récession du scotome péricentral. Petite dépression du CV nasal sup. |
| N°I7 | I7a | H | 5 ans | Limit. mts. ocul. Paupières oedématiées | Pas d'exoph. mais enophtal. discrète | Pas d'anomalies | Bons mts ocul. ext. pas de récidives. |
| N° I8 | 5Ia | H | I7 ans | Larmoiement Paupières oedématiées | Modérée | Présence de lacunes typiques de la maladie de Han.d Schuller Christian (Dandy I942) - Cependant une lacune nettement découpée dans dans la paroi et le toit de l'orbite avec bords bien délimités ressemble aux autres cas de la série | 3e année : gonflement infecté à la paupière inf. : le pus s'écoule spontanément. 5e année : même gonflement nécessitant incision. |

TABLEAU III - PFEIFFER-NICHOLL - 9 cas avec exophtalmie de kystes dermoïdes orbitaires

| Cas | Age | Sexe | Durée des sympt. | Exophtal. | S.F. | R.X. | Suites opératoires récidives |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| n°19 | IIa | H | I an I/2 | 7 mm | aucun | ds. paroi externe orbite dr. dépression bien limitée avec densité diminuée. | I5 ans pas de récidives |
| n°20 | 38 | F | I an | 4 mm | céphalées | hiatus du toit de l'orbite G, bien délimité avec densité diminuée. | 1 an I/2 pas de récidive |
| n°2I | 38 | H | 2 ans | 7 mm | aucun | Dans os frontal dr. au-dessus de l'apophyse zygoma. lésion kystique bien délimitée. | 5 ans pas de récidive |
| n°22 | 38 | F | 4 mois | 4 mm | ptosis partiel paup. sup. G. | Dans os frontal, dépression profonde de 2 sur 3 cm , s'étendant vers le sinus frontal avec densité diminuée. | 3 ans pas de récidive. |
| n°23 | 63 | F | 5 ans récidive après Ire interv. | 11 mm | paup. gonfl. douloureuses à gauche | Grande cavité ds. toit orbite de 3/5 cm avec densité diminuée et des bords augmentés de densité Les dimensions de l'orbite sont augm. | 3 ans, pas de récidive. |

TABLEAU III (suite)

| Cas | Age | Sexe | Durée des sympt. | Exophtal. | S.F. | R.X. | Suites opératoires récidives |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| n°24 | I8a | F | 2 ans | I2 mm | Prolapsus glande lacrymale | Dans la fosse frontale droite et la I/2 de l'orbite : lésion kystique massive à bords calcifiés. | 6 mois : récidive (ablation incomplète) |
| n°25 | 47 | H | 6 ans | 20 mm | Diplopie puis baisse vision OG - limitation mts dans tts directions | Large masse de densité augmentée occupant une plage dans l'os frontal G une grande partie de l'orbite et faisant encoche dans le sinus frontal dans la paroi ext. de l'orbite : ouverture de 0,5 sur 2 cm en AR de la ligne temporale | 2 ans pas de récidive |
| n°26 | 5 | H | naissance | 5 mm | ptosis partiel | Orbite droite augmentée de volume (uniquement les dimensions verticales sont aug.) 33 mm sur 50 pas d'apparence typique de dermoïde | 3 mois |
| n°27 | 50 | H | I8 mois | 9 mm | limitation mouvements ptosis complet | Dans le toit de l'orbite Dr. hiatus oval à bds bien délimités de 2 sur 3 cm | I5 ans, pas de récidive |

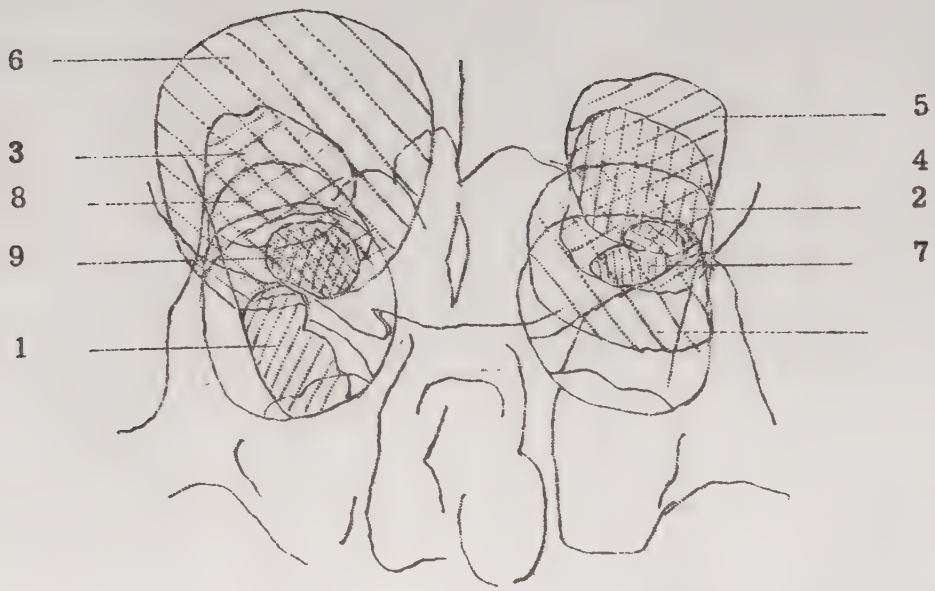


Fig. 1 - dessin montrant la localisation des 9 KD et leurs tailles (RLP)

TABLEAU IV

| Age | Sexe | Durée des symptômes | Exophtalmie | Autres Symptômes | Signes radiologiques | Suites opératoires récidives |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cas n° 28 : auteur : DAYAL Y-HAMEED S. (I962) K.D. suture maxillo-nasale | | | |
| 11a | H | naissance | non | ouverture et écoulement purulent naso-lacrymal | aucune anomalie osseuse | sans incident |
| | | | Cas n° 29 : auteur : CANTAT M.A. (I962) K.D. partie antéro-externe toit orbitaire | | | |
| 30a | F | 4 ans | Ex. gauche lentement progressive | aucun | lacune à bds légèrement condensés localisée à la partie ant. ext. du toit orbitaire intéressant ap. ext. | bonnes suites opératoires |
| | | | Cas n° 30 : auteur : GEORGIADES F. chachamidisB.(I96I) K.D. I/3 ext. du rebord sus-orbitaire | | | |
| 6a | H | qq années | légère | ptosis paup. sup. globe déplacé Bs DD | Image ronde kystique avec destruction de la table interne du frontal | |
| | | | Cas n° 3I : auteur : HEIN .A. SVEC V. (I96I K.D. paroi externe | | | |
| 4a | F | | | | Fistule angle ext. de la paupière | |

TABLEAU IV (suite 1)

| Age | Sexe | Durée des symptômes | Exophtalmie | Autres symptomes | Signes radiologiques | Suites opératoires Récidives |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Auteur : MORDHORST Ch.(I960)<br>Cas n° 32 -KD partie sup. rebord Orbitaire (avec epith. conj.)<br>Cas n° 33 - KD derrière le globe<br>Cas n° 34 - KD partie inf. de l'orbite | | | |
| I4 | H | 5ans | | | | |
| 39 | F | | | | | |
| I8 | F | 2 mois après dacryo. adénectomie dr. pour tum. mixte | Ex. | Douleurs extension palpable partie inf. orbite | | exentération 6 ans bons résultats |
| | | | Auteur : MAC DONALD-BYERS JI (I959)<br>Cas n° 35 - KD supéro-ext. (simulant néoplasme) | | | |
| 32 | F | 5 ans | Ex. | ptosis -lymphangiome (?) paup. sup..qui augm. volume | Zone d'érosion osseuse de la paroi sup. ext. orbite<br>Masse de partie sup. ext. | exentération pas de récidive. |
| | | | Auteurs: POLYCHRONAKOS -LEANIS D. - PANTELIS (I957)<br>Cas n° 36 - KD partie ant. sup, interne de l'orbite | | | |
| 7 | H | | | aucun | sans lésion des os | |
| | | | Auteur : GEORGIADES Pétrides (I956)<br>Cas n° 37 - KD supéro-externe | | | |
| 50 | H | à partir de I8 ans tuméfaction queue du sourcil | ex. légère | Céphalées, névralgies périorbitaires | élargissement de l'orbite lésions raréfiantes os zygomatique | Bonnes - disparition céphalées et névralgies. |

TABLEAU IV (suite 2)

| Age | Sexe | Durée des symptômes | Exophtalmie | Autres symptômes | Signes radiologiques | Suites opératoires Récidives |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Auteur : LABIB M.A. (1956)<br>Cas n° 38 - KD près apex orbite | | |
| 55a | H | | Exo. | gonflement région lacrymale | | |
| | | | | Auteur : FRANCOIS P. (1955)<br>Cas n° 39 : K.D. paroi externe | | |
| 68 | H | I an | 3 mm | Réaction conjonctivale chemosis paup. inf; | Légère condensation osseuse de la branche orbit. fronto-malaire. | Persiste exc. de 1 mm. |
| | | | | Auteur : VILLANI G. (1950)<br>Cas n° 40 : KD extrémité ext. sup. de l'arcade orbitaire | | |
| | H | | | | Lacune du squelette à ce niveau | |
| | | | | Auteurs : JORIO S. - DANIEL MARINO ESPERNE (1948)<br>Cas n° 41 - KD bilatéral à type familial<br>Cas n° 42 - KD bilatéral<br>Cas n° 43 - KD partie inf. orbite + fistule de la paupière | | |
| 7 | F | | | | - BW + sans autres malformations (cas n°41)<br>- colobome palpébral - hémiatrophie - réduction de la branche et du corps machoire inf. irrégularité denture - malformations préauricul. asymétrie orbitaire (cas n°43) | |
| | | | | Auteurs : GWNER I. et WIGDERSON H (1948)<br>Cas n° 44 - KD frontal gauche | | |
| 84 | H | depuis toujours | | | Masse de région frontale G aug.prog.fluctuante transm. | Perte substance osseuse en part. toit orb. |

# S Y N T H E S E

Après l'exposé de nos 11 cas qui ont été vus pendant une période de I5 ans, nous allons dégager les caractères principaux des kystes dermoïdes.

## I - GENERALITES

Il ne semble pas y avoir de prédominance nette pour l'un ou l'autre sexe. Sur les 11 cas que nous rapportons, il y a 5 hommes ; dans une série de 7 cas de Patrick CAREY il y a 4 femmes, et dans celle de PFEIFFER NICHOLL sur 9 kystes dermoïdes avec exophtalmie, en dénombre 6 hommes pour 3 femmes. Sur les I5 autres cas trouvés dans la littérature dont l'âge est communiqué il y a 9 hommes pour 6 malades du sexe féminin.

Quant à l'âge d'apparition de ces lésions que faut-il en penser ? Classiquement on assure que le kyste est souvent remarqué dès la naissance ou que latent pendant quelques années, il se manifeste par une poussée d'accroissement au moment de la puberté.

Sur les 44 cas que nous avons étudiés, nous trouvons I0 fois la notion de congénitalité - dont 2 cas personnels - I0 fois la lésion est apparue avant l'âge de I2 ans, I0 fois entre I2 et 30 ans et I4 fois le diagnostic ne fut posé qu'après 30 ans. Les malades les plus âgés sont celui de FRANCOIS qui avait 68 ans, un malade de PFEIFFER NICHOLL avait 63 ans mais c'était une récidive d'un K.D. opéré il y avait I5 ans déjà, un malade de GWNER Let WICDERSON H. qui avait 84 ans.

On peut donc dire que dans plus de la moitié des cas, c'est une tumeur des sujets jeunes, mais on ne devra jamais oublier qu'on peut aussi la rencontrer dans la seconde moitié de la vie.

La durée d'évolution est donc très variable ainsi que la vitesse d'accroissement et l'existence ou non des poussées évolutives. De là découlent les délais très variés qui s'étendent entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation. Il sera bon de demander au malade de préciser s'il en possède les photographies datant de ses premières années. Quant à la notion de traumatisme, elle est retrouvée assez rarement, dans une observation de P. CARREY (n° I4) - dans trois observations personnelles (n° 3 . 5. 9).

## II - CLINIQUE

Le kyste dermoïde de l'orbite se traduit habituellement par une exophtalmie d'importance moyenne mais qui peut devenir monstrueuse. En effet toute augmentation du contenu orbitaire qui est de 25 à 30 cm3 entraîne une saillie du globe en avant, les parois de l'orbite étant inextensibles.

L'exophtalmie est exceptionnellement axile ; elle est habituellement latéralisée, la tumeur se développant au contact de l'os des parois, le globe est repoussé non seulement en avant mais sur les côtés donnant ainsi une indication pour le siège de la tumeur.

On fera donc une mesure comparative avec l'autre globe établissant l'exophtalmie globale et l'exophtalmie différentielle. A l'état normal le sommet de la cornée se trouve à I2 mm de l'angle externe ; on considère qu'il y a exophtalmie à partir de I4-I5 mm. On se servira pour cette mesure de l'exophtalmomètre de HERTEL.

C'est une exophtalmie non réductible non pulsatile. Sur nos 11 cas de kyste dermoïde il y a 5 exophtalmies. Sur les 7 cas publiés par P.C. CARREY, il y a 6 exophtalmies. Les 9 cas rapportés par PFEIFFER NICHOLL comportent tous une exophtalmie, et en particulier, nous citerons l'observation d'un homme de 47 ans (obs. n° 25) dont l'exophtalmie s'élevait à 20 mm et dont le globe était déplacé

en bas et en dehors à un degré tel qu'il lui était impossible de fermer son oeil, si ce n'est avec sa main. La tumeur siégeait dans le toit de l'orbite.

Sur les I7 autres cas étudiés, trouvés dans la littérature, nous avons relevé 7 exophtalmies.

La découverte d'une saillie de l'oeil exige un examen systématique portant sur ses caractères propres :

- l'état des paupières
- l'état du globe
- l'étude de la motilité
- l'étude de la sensibilité oculaire.

Il faut explorer les contours de l'orbite à la recherche d'une saillie, d'une irrégularité, d'une encoche. Dans l'observation que nous venons de relater (N° 25), la palpation retrouvait une grosse masse dure le long du rebord orbitaire supérieur, perçue à travers la paupière supérieure.

On recherchera la possibilité d'une issue de la tumeur dans la fosse temporale (Obs. n° 9) en palpant à la fois celle-ci et l'orbite. Enfin on pourra sentir la tumeur ou du moins le pôle autour de celle-ci entre le globe et le rebord orbitaire (obs. n° 3). On en précisera les caractères : consistance, fixité, douleur. En règle générale on trouve une tuméfaction de consistance variable soit dure, soit pâteuse, soit franchement molle, soit à la fois dure et molle par ailleurs. Sa taille est également variable allant de la grosseur d'une petite cerise à celle d'une mandarine, de forme arrondie, allongée ou bilobée (obs. n°4) Habituellement bien encapsulée, adhérente au plan profond osseux, la peau est bien mobilisable en regard de la tumeur. Ce caractère de fixité par rapport au plan osseux est très important à considérer. LAGRANGE avait déjà souligné cette affinité pour le tissu osseux - que l'on explique par l'origine même de la tumeur au cours du développement embryonnaire.

On a décrit parfois une exophtalmie monstrueuse (Canage) qui fait passer en premier le problème de la protection de la cornée, les paupières ne recouvrant pas complètement le globe pendant l'oclusion, le clignement et le sommeil, il convient par des mesures chirurgicales de remédier à cet état de choses pour éviter les kératites lagophtalmiques.

Parmi nos 11 cas nous avons trouvé, accompagnant l'exophtalmie modérée:

- la motilité diminuée : - en Ht et en DH (obs. n° 2)
  - en Ht DH et en DH (obs. n° 9)
- une diplopie (obs. n° 7)
- une hypoesthésie cornéenne (obs. n° 8)

Enfin il peut exister un certain degré de ptosis d'un grand intérêt pour le diagnostic topographique.

Dans les autres observations rapportées, on note (sur 32 cas) :

Ptosis : - partiel (obs. n° 26 - n° 22)
- complet avec limitation des mouvements du globe (n° 27)
- ptosis léger sans limitation des mouvements du globe (obs. n° 30 et 35).

La diplopie est rapportée 4 fois (obs. n° I2. I3. I6 et 25)

Quant à la motilité oculaire elle est limitée dans toutes les directions une fois (Obs. n° 25)

- en haut une fois (obs. n° I7)
- en haut - DH une fois (obs. n° I4)
- en haut - DH DD une fois (obs. n° I5)

Donc en règle générale la motilité du globe est habituellement conservée sauf quand la tumeur est d'un volume tel qu'elle s'oppose à un mouvement dans un axe déterminé.

Quel est l'état des paupières ?

- elles sont parfois oedématiées comme dans l'observation n° I7, I8.
- gonflées et douloureuses (obs. n° 23).

ou plus fréquemment on note un gonflement indolore avec un oedème rosé (obs. n° 5) qui peut régresser ou augmenter gênant l'ouverture de l'oeil. Parfois on note un simple oedème palpébral localisé (obs. n° I) avec vaso-dilatation de la conjonctive bulbaire - et chemosis (obs. n° 39). Cet oedème palpébral serait le témoin d'une gêne de la circulation de retour par compression veineuse au niveau de l'apex.

- Les aires ganglionnaires sont libres.

- Les troubles sensitifs subjectifs ou objectifs sont rarement retrouvés. Nous avons cependant noté deux fois la notion de sensations douloureuses : dans la région périoculaire concernée et également à la palpation de la tumeur (obs. n° 9) et la région sus-orbitaire atteinte (obs. n° 5).

- Le larmoiement augmenté et la saillie de la glande lacrymale ont également été observés. 5 observations dont 3 personnelles témoignent de cette hypersécrétion lacrymale (n° 2, 3, 6, I3, I8) et 2 d'un gonflement de la glande lacrymale (n° 38, I).

- Les kystes dermoïdes ont un retentissement très variable sur l'état du globe :

Au point de vue raréfaction : la tumeur se développant au voisinage du globe provoque souvent une déformation de celui-ci. Il en résulte un vice de réfraction dont la nature varie selon le point d'application et le degré de compression.

L'action sur le nerf optique est exceptionnelle. P. CAREY rapporte l'observation (N° I6) d'un malade de 39 ans dont le champ visuel montrait une compression externe du nerf optique (N.O. dans le canal). Depuis l'âge de 2I ans, la malade se plaignait de ne rien voir sur le côté droit ; I2 ans auparavant elle souffre d'une diplopie dans le regard latéral droit et depuis 6 ans, son OD ne peut bouger latéralement en deça du milieu. La vision de l OD a considérablement diminué depuis 1 an.

L'examen de l'OD montre :

Une exophtalmie modérée.
AV compte les doigts dans la I/2 temporale du champ visuel diplopie maculaire.
CV périphérie normale
Il existe un scotome péricentral qui s'est aggrandi jusqu'à inclure la tache aveugle et s'étendre au-delà.
Prépondérance du défaut dans la moitié nasale du CV. A gauche le CV est normal à part une légère dépression temporale.

L'AV de l'OG est de 6/9.

Aux R.X. : dans la région postéro-externe de l'orbite droite, il existe un trou nettement délimité. Absorption diffuse du trou optique droit - décalcification des clinoïdes postérieures de la selle turcique.

Intervention : crâniotomie frontale droite. On découvre que le toit de l'orbite est mince, érodé, on l'enlève ainsi que la plus grande partie de la petite aile du sphénoïde. On trouve une tumeur blanche brillante siégeant à l'extérieur du cône musculaire et passant en AR de la cavité orbitaire extra-durale dans le milieu de la fosse crânienne où elle s'étend le long de la fosse pituitaire.

Le contenu de la tumeur fut enlevé et la plus grande partie de la capsule qui était adhérente à la dure-mère.

Ceci fait, on expose la 2e division du V passant dans le trou rond. Des reliquats de la capsule le long de la fosse pituitaire furent laissés in situ.

Résultats à la 3e semaine, l'acuité visuelle de l'OD monte à 6/60.

Le CV montre une récession du scotome péri-central. Il existe une petite dépression du CV nasal supérieur.

Nous retrouvons dans deux observations personnelles la présence de plis rétiniens inter-papille-maculaires s'accompagnant de baisse d'acuité visuelle (obs. n° 7) et de vision brouillée (obs. n° 3) avec baisse progressive de l'acuité visuelle. Un malade de PFEIFFER NICHOLL (obs. n° 25) accusa une baisse d'acuité visuelle mais celle-ci remonta après l'intervention et le FO était normal.

Une congestion papillaire est également trouvée dans une observation personnelle (8).

On voit la multiplicité des altérations qu'un kyste dermoïde de l'orbite peut provoquer au niveau du globe. L'ensemble de ces lésions est la conséquence des pressions anormales subies soit par le globe , soit par les éléments vasculo-nerveux qui le pénètrent ou qui en sortent. Le mécanisme exact et la signification précise de beaucoup d'entre elles nous échappent encore, si certains sont en

effet réversibles et curables d'autres par contre ne le sont pas et laissent des séquelles définitives.

III - SIGNES RADIOLOGIQUES

Les kystes dermoïdes sont en réalité composés d'éléments épidermiques qui ont été isolés lors de la suture des différents bourgeons osseux du massif facial.

Ils peuvent naître dans la diploe du crâne ou des os de l'orbite, et en se développant se répandre à la fois dans la table interne et la table externe et produire des lésions caractéristiques (obs. 20. 21. 22. 23. 24. 27).

Ils peuvent survenir sous le périoste crânien ou orbitaire et produire des fosses et des entailles de l'os caractéristiques (obs. n° 19. 25).

Les lésions osseuses de l'orbite associées aux kystes dermoïdes découvertes lors de l'opération furent mentionnés par DOYNE CHEVALLEREAU CANT et KRONLEIN.

Depuis la découverte des rayons X on a fait de plus en plus fréquemment mention de lésions orbitaires (PINCUS, MICHAIL, VARONA, KREIBIG, PANNETON ROUX et CONSTANS).

Nous allons envisager les techniques radiographiques modernes qui font de ce mode d'exploration un excellent moyen de diagnostic des kystes dermoïdes orbitaires.

On envisagera successivement :

- la radiographie sans préparation
- les tomographies orbitaires
- l'utilisation des substances de contraste.

I - La radiographie sans préparation

La vue de face est la plus courante ; en nez menton plaque, les cavités orbitaires sont bien dégagées. Le profil est difficile à analyser. L'incidence des clichés est dictée par la localisation présumée du kyste.

- position de Blondeau pour le plafond de l'orbite
- position très fléchie de la tête pour le plancher et la fente sphéno-maxillaire,
- clichés pris obliquement pour la paroi interne.
- incidence spéciale pour les clichés des trous optiques et de la fente sphénoïdale, l'étude de la selle turcique sur des profils stricts.

L'image caractéristique du kyste dermoïde est celle d'une cavité creusée dans l'os et dont les bords sont denses et réguliers.

L'os au contact de la néoformation est densifié, faisant contraste avec la surface correspondante du kyste lui-même qui est plus clair que les tissus voisins. Quelquefois la tumeur contient dans sa paroi des inclusions calcaires.

2 - Les tomographies

Double avantage : elles effacent le ou les parasites
elles permettent l'analyse des images fournies.

Les coupes sont faites de I/2 cm en I/2 cm et comptées à partir de la région qui touche la plaque. On fait une série de face et une série de profil.

La tomographie orbitaire est une méthode très souple qui combinée à d'autres techniques est capable de rendre les plus grands services pour le diagnostic des kystes dermoïdes (obs. n° 3).

3 - La radiographie après injection intra orbitaire d'air ou de substance iodée hydrosoluble.

a - L'injection d'air associée aux tomographies est une méthode très efficace pour mettre en évidence une néoformation orbitaire (obs. n° 7). L'observation de M. P. FRANCOIS (N° 39) illustre également l'intérêt diagnostic. Il s'agit d'une exophtalmie droite progressivement croissante survenant chez un homme de 68 ans. Le début exact semble remonter à plus d'un an mais ces derniers mois est apparue une gène oculaire constante. Il ne s'agit pas de douleurs, mais

d'une réaction conjonctivale banale créée par l'exophtalmie et un cetain degré de chomosis inférieur. L'exophtalmie est axile non douloureuse non réductible de l'ordre de 3 mm à l'exophtalmomètre à prisme. Elle ne s'accompagne d'aucune autre atteinte motrice (absence de diplopie) sensitive (absence d'anesthésie localisée) ou sensorielle (AV CU FO normaux) A la palpation orbitaire pas de tumeur rétro-oculaire. Les examens rhinologiques et généraux sont entièrement négatifs. Le seul élément positif est, en dehors de l'exophtalmie, l'existence sur les radios de face d'une zone suspecte sous forme d'une légère condensation osseuse de la branche orbitaire fronto-malaire sans que l'on puisse cependant parler d'atteinte osseuse .

Avant toute intervention exploratrice il est décidé de pratiquer des tomographies après injection d'air dans l'orbite pour essayer de situer la néoformation responsable de l'exophtalmie.

L'injection est pratiquée suivant la technique désormais classique de 30 cm3 d'air dans le cône musculo-aponévrotique rétro-oculaire suivie immédiatement de la prise des clichés standard et tomographies. 2 séries de fait :

1 - Existence certaine de lésion osseuse au niveau de la branche orbitaire externe à sa partie postérieure ; celle-ci semble gonflée sans que l'on puisse parler d'éclatement de la corticale comme on le rencontre dans les tumeurs malignes.

Dans un plan plus postérieur, la paroi externe de l'orbite est perforée en regard de la fosse temporale.

2 - L'existence d'une néo-formation plaquée contre la paroi externe de l'orbite au niveau de la partie frontale de la branche orbitaire ; l'air le sépare nettement du globe qui parait libre de toute adhérence jusque dans les plans postérieurs.

On est donc en présence d'une tumeur indépendante de l'oeil située au contact de la paroi orbitaire externe et créant à ce niveau des lésions osseuses sans destruction anarchique.

L'intervention devait confirmer tous ces faits.

Orbitotomie externe par incision le long du rebord orbitaire externe sur 5 cm. Section du ligament palpébral externe. Le globe est refoulé en DD et on découvre une masse encapsulée, libre du côté orbitaire mais très adhérente à l'os.

La ponction ramène un liquide grumeleux qui fait penser au pus d'abcès froid.

L'ouverture plus large ramène un magma sébacé dans lequel existent de nombreux poils. L'exploration de cette cavité kystique nous montre qu'elle s'étend très loin en arrière (5 à 6 cm) ; elle a le volume d'un oeuf de pigeon ; la paroi externe répond à la fosse temporale qui est perforée, démontrant le bien-fondé de la tomographie ; l'apophyse orbitaire externe est érodée à sa face postéro-interne.

On pratique le curetage de la poche et une résection de toute l'extrémité antérieure du kyste, sous réserve de réintervenir plus largement au besoin. Fermeture au catgut et à la soie.

Les suites opératoires furent normales, les réactions orbitaires insignifiantes.

On peut donc dire que ce sont les tomographies après injection d'air qui ont permis :

- d'affirmer la lésion osseuse très mal visible sur les radiographies standard,
- de localiser la tumeur et par celà même de permettre l'intervention.

b - L'injection d'air et de substance iodée hydrosoluble associée avec tomographies orbitaires semble apporter aussi des renseignements très utiles.

Il s'agit d'injecter par voie rétro-bulbaire profonde 5 à 8 cm3 d'air stérile et immédiatement après, avec la même seringue, 3 cm3 de diodone à 35 °/o diluée dans de la xylocaïne. Cette injection est faite une vingtaine de minutes après une rétro-bulbaire d'hyaluronidase. Deux séries de coupes tomographiques sont prises avant et après injection des produits de contraste. La première série devant servir de référence de comparaison.

Cette méthode (d'après le Dr. G. COSCAS in thèse : de l'intérêt des tomographies orbitaires avec injection de substances de contrastes aériennes et iodées hydrosolubles en ophtalmologie , Paris 1963), paraît d'une remarquable inocuité, augmentée encore par une bonne prémédication du malade pour lutter contre d'éventuelles réactions vasomotrices ou réflexes.

Cette injection de substance de contraste rend visible le globe et les principales structures intra-orbitaires. Elle extériorise ainsi les contours d'une éventuelle néoformation transparente aux rayons X.

Les coupes tomographiques de face et de profil vont permettre dès lors non seulement de découvrir la tumeur mais aussi de la localiser. On pourra en apprécier le volume, les rapports avec les parois orbitaires et le globe et avec les autres organes intra-orbitaires.

Cette méthode apporte ainsi un élément très important dans le choix de la voie d'abord chirurgical. Elle paraît être un élément de progrès dans le diagnostic radiologique des tumeurs intra-orbitaires particulièrement dans leur localisation.

4 - L'artériographie et la phlébographie.

Permet d'étudier le réseau vasculaire artériel et veineux de l'orbite qui peut être repoussé par une masse que l'on devine être le kyste.

Telles sont les techniques radiographiques modernes.

Quelles conclusions pouvons-nous en tirer ?

Il y a un double aspect radiologique. En effet, selon le siège du développement de la tumeur par rapport au périoste orbitaire on pourra trouver :

- soit dans un premier cas des répercussions spectaculaires sur le squelette : la formation kystique souffle l'os, individualise une cavité aux contours polylobés bien dessinés. L'os voisin réagit parfois en se condensant, mais cette densification du squelette doit être interprétée dans la majorité des cas, non comme une surinfection, mais comme une simple réaction banale à un corps étranger. La cavité orbitaire osseuse elle-même , en dehors de qui le processus tumoral se développe ne s'hypertrophie pas.

On se trouve là en présence de kystes dermoïdes qui se développent dans l'espace extra-périosté.

- soit dans un 2e cas, il n'y a ni cavité kystique individualisée ni déhiscence , ni réaction condensante. La paroi orbitaire proche du kyste est refoulée de façon harmonieuse. C'est comme si le périoste représentait une véritable barrière au-dessus de laquelle la tumeur érode l'os, la creuse, au-dessous de laquelle elle le souffle.

Ce sont les cas à développement endopériosté (Obs. n° 26)

oOo

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

On éliminera d'abord une invasion par une tumeur maligne.

Comme le kyste dermoïde entre dans le cadre des tumeurs bénignes le diagnostic sera celui des tumeurs caractérisées par leur latence d'évolution et leur absence de complications directes.

Il faudra les différencier des tumeurs de voisinage :

- surtout les kystes rétentionnaires ou mucocèles du sinus frontal ou ethmoïdal.
  - . on peut les distinguer par leurs connections avec les sinus,
  - . la présence d'une opacification des sinus à la radio,
  - . l'absence des caractères radiologiques du kyste dermoïde (lésions osseuses)
- le méningocèle : le point le plus répandu d'ouverture dans l'os est à la racine du nez , et c'est très rare.
- le xanthome ou le granulome éosinophile, mais il n'y a pas d'augmentation de la densité de l'os sur le bord de la lésion,
- le méningiome du sphénoïde, survenant chez le jeune peut présenter certaines difficultés pour le différencier du kyste dermoïde orbitaire.
- un anévrysme sacculaire de la carotide interne. Souvent on découvre une érosion osseuse de l'apex orbitaire simulant ainsi un kyste dermoïde

C'est un diagnostic difficile, il faudra s'aider du contexte clinique, des radiographies et des examens complémentaires. En présence d'un enfant on y pensera toujours.

Il faut éliminer la possibilité d'un kyste parasitaire ou d'une tumeur de la glande lacrymale.

De toute manière, le problème diagnostic dépend de la forme topographique et nous l'envisagerons au cours des différentes formes cliniques.

## F O R M E S  C L I N I Q U E S

1 - Les aspects cliniques varient un peu avec l'âge. Nous rappellerons brièvement ce que nous avons déjà dit dans les généralités, à savoir que si on rencontre habituellement les kystes dermoïdes chez les malades entre IO et 30 ans, il est cependant possible de les découvrir dans la seconde moitié de la vie.

Tel ce malade de 68 ans du Pr. FRANCOIS déjà cité (Obs. n° 39) ou celui de 63 ans de PFEIFFER NICHOLL (n° 23) et celui de 84 ans de GWNER et WIGDERSON (n° 44).

2 - C'est en fonction du siège que nous voyons le plus de diversité dans les formes cliniques.

En effet, les kystes dermoïdes de l'orbite composés d'éléments épidermiques qui ont été isolés lors de la suture des différents bourgeons osseux du massif facial se développent généralement (80 °/o des cas) à proximité d'une suture des différents os constituant l'orbite.

La littérature montre que plus de la moitié sont localisés dans le tiers externe de la paupière supérieure.

Ils sont fréquemment vus dans la partie externe et supérieure (suture fronto-malaire et fronto-temporale), ou dans l'angle interne et supérieur : suture fronto-ethmoïdale.

Mais ils peuvent se produire dans d'autres endroits comme le long du sillon orbito nasal ou dans la gouttière lacrymale.

En revoyant les cas publiés, BIRCH-HIRSCHFELD a trouvé :

43 en Ht. DH
25 en Ht. DD
9 en Bs. DD
4 en Bs. DH

Parmi nos 11 cas personnels nous trouvons :

3 KD supéro-externe (obs. I.5.9)
1 KD angle externe (2)
1 médian frontal (7)
1 profond (8)
2 planche orbitaire (6.10)
1 plafond orbitaire (3)
1 naso-palpébral sup. (n° 4)

Les 33 autres cas trouvés dans la littérature se répartissent comme suit :

12 supéro externe (obs. 19. 26. 12. 13. 14. 15. 18. 30. 32. 35. 37. 40.)
8 toit de l'orbite (obs. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 27. 29)
1 frontal (44)
1 supéro interne (obs. 36)
1 paroi interne (obs. 17)
2 paroi externe (obs. 31. 39)
3 profond (33. 38. 16)
2 plancher orbitaire (34. 43)
2 KD bilatéral (41. 42).
1 suture maxillo-nasale (28)

1 - Dans les kystes dermoïdes supéro-externes, on peut se trouver, aussi paradoxal que celà puisse paraître, en présence d'un globe oculaire n'ayant subi aucun déplacement, en effet on ne note pas toujours une exophtalmie (obs. I). C'est ainsi que l'on est amené à évoquer le diagnostic de tumeur de la glande lacrymale.

Mais on peut découvrir, selon l'extension de la tumeur, différentes forme, soit que le kyste dermoïde perfore le malâre et s'enfonce dans la fosse temporale (obs. n° 5).

soit qu'il puisse se développer à cheval dans l'orbite et la fosse temporale : forme en bissac illustrée par l'observation 9.

Il peut également s'étendre jusqu'à la dure-mère et le cortex des lobes frontaux et temporaux et faire irruption à travers le trou osseux (obs.I5) Les suites opératoires de l'intervention faite par abord antérieur se compliquèrent de dysphasie. Il n'y eut pas de méningite franchement déclarée, comme il est fréquent de le voir après l'ablation de telle tumeur en situation intra-durale.

On note également, la forme de la queue du sourcil, qui grandit progressivement et s'étend vers l'orbite à la paroi supéro-externe (obs. n° 37).

A remarquer également l'association d'un kyste dermoïde supéro-externe à une maladie de Hand Schuller Christian (obs. N° I8) kyste dermoïde qui bombe en haltère à travers la paroi latérale, qui avait érodé l'os en AR mais la DM était intacte; c'est un homme de 5I ans qui a noté depuis I7 ans une exophtalmie de l'oeil gauche.

Deux mois avant l'admission apparition d'un larmoiement OG et d'une masse sur la tempe gauche (à la biopise : granulome montrant un aspect de désordre général comme peut en donner le Hand Schuller Christian.

L'examen montre une exophtalmie modérée de l'oeil gauche qui est déplacé en AV Bas- Avt ; la paupière est oedématiée, il y a un écoulement purulent au niveau du tiers externe de la paupière inférieure et un bombement mal limité de la fosse temporale gauche, mou, fluctuant, pulsatil. A la pression, il ne s'écoule pas de pus.

Le CV et le FO sont normaux.

La radio montre des lacunes analogues à celles décrites par DANDY (I942) comme typique du Hand Schuller Christian ; il y avait cependant une lacune nettement découpée dans la paroi externe et le toit de l'orbite qui ressemblait aux autres cas de la série de kystes dermoïdes.

II - Le kyste dermoïde du toit de l'orbite :

On peut isoler la forme fronto-orbitaire en bissac (obs. n° 20) particulièrement intéressante par le fait que la cavité creusée dans le frontal avait effondré la table interne, le kyste était au contact de la dure-mère, dans la fosse cérébrale antérieure. Il n'envahit pas la dure-mère, le ksyte multilobulé qui envahit la fosse frontale et une grande partie de l'orbite est également observé (obs. n° 24).

III - La forme inférieure (Obs. n° 5 et IO)

Dans l'observation IO, nous trouvons une manifestation si particulière, l'énophtalmie, nullement expliquée par les constatations opératoires. Dans le cas présent on constate un diverticule kystique dans l'orbite. Ces kystes multiloculaires réservent toujours au chirurgien de désagréables surprises.

IV - La forme profonde que nous avons observée une fois personnellement (obs. 8) et rapportée 3 fois mérite d'être signalée car la difficulté de son diagnostic est très grande. En effet, son évolution peut être telle que l'on admette difficilement qu'une tumeur congénitale puisse provoquer de tels symptômes à un stade aussi tardif.

Obs. n° 36 : malade de 39 ans à laquelle on trouva une grosse tumeur orbitaire localisée derrière le globe. La tumeur est enlevée par voie frontale. Elle était plus grosse que le globe oculaire lui-même ; cliniquement et microscopiquement il n'y avait pas de doute que ce fut un kyste dermoïde typique.

- et la thérapeutique chirurgicale est très délicate.

Obs. n° I6 : la tumeur siègeait à l'extérieur du cône musculaire et passait en AR de la cavité orbitaire extra-durale dans le milieu de la fosse crânienne où elle s'étendait le long de la fosse pituitaire.

La capsule de la tumeur adhérait à la dure-mère.

Ce kyste dermoïde donnait une symptomatologie de compression externe du nerf optique.

V - Kyste dermoïde de la suture maxillo-nasale, en avant de la crête lacrymale antérieure.

Il s'étendit de la région naso-lacrymale comme un tube bifurqué sur l'os nasal et la suture internasale pour former deux kystes à l'extrémité du nez.

Cas rapporté :

Obs. n° 28 : Jeune garçon de 11 ans, souffrant d'une masse qui enflait et s'infectait dans la région naso-lacrymale gauche. Le père avait observé dès sa Ire année une petite ouverture près du bout du nez de laquelle suintait une petite quantité de pus. Cela dura un an et demi et se referma. Les crises continuèrent pendant les années suivantes jusqu'à sa 5e année, une autre ouverture apparut dans la région naso-lacrymale. Cela se développa en une tuméfaction formant une masse arrondie qui, plus tard, creva à son extrémité et évacua une petite quantité de pus avec une matière caséeuse contenant quelques cheveux. Depuis 3 points d'écoulement s'étaient formés : un dans la région naso-lacrymale, et deux au bout du nez qui se refermaient et s'ouvraient fréquemment.

L'examen révélait une masse arrondie dans l'angle supéro-interne de l'orbite gauche. La tumeur était de la taille d'un gros pois avec une ouverture à son sommet et tout autour un tissu de granulation. Sauf au sommet, la peau était facilement mobilisable au-dessus de la masse principale qui était adhérente à l'os sous-jacent. Près du bout du nez, deux petites ouvertures partiellement oblitérées avec quelques petits follicules pileux étaient visibles. Toutes les autres structures oculaires y compris les voies lacrymales étaient normales. AV 6/6 à chaque oeil. Aucune aire ganglionnaire n'était tuméfiée.

La radio du squelette et le profil de la région naso-lacrymale ne révèle aucune érosion osseuse ni aucune réaction périostée. Une intervention fut pratiquée qui extirpa le tractus en entier jusqu'au périoste. Suites opératoires: sans incident.

Ce cas est un peu curieux par son siège et par les modifications secondaires dues à l'infection et à l'inflammation qui aboutirent à une image clinique trompeuse, ressemblant plus à un kyste sébacé infecté qu'à un kyste dermoïde.

3 - Les formes cliniques avec douleurs :

Habituellement les kystes dermoïdes sont indolores mais on peut rencontrer des cas où les douleurs furent au premier plan.

1 - Kyste dermoïde de la partie inférieure de l'orbite avec douleurs orbitaires .

Obs. n° 34 : Jeune fille de I8 ans admise à l'hôpital pour une exentération ; en effet, deux mois après une dacryoadénectomie, apparaissent des douleurs, une exophtalmie et une extension palpable à la partie inférieure de l'orbite. Une exentération fut faite. L'examen du contenu orbitaire montrait un granulome proliférant dû à un kyste dermoïde. La cavité orbitaire est demeurée normale. La malade va bien 6 ans après le début des symptômes.

2 - Kyste dermoïde supéro-externe avec céphalées et névralgies péri-orbitaires.

Obs. n° 37 : Homme de 50 ans ayant observé à l'âge de I8 ans sous la queue du sourcil une petite tuméfaction qui a grandi progressivement et s'est étendue vers l'orbite. Il y a quelques années apparition de céphalées et de névralgies péri-orbitaires.

A l'examen : à la paroi supéro-externe de l'orbite présence d'une tumeur élastique indolore de la grandeur d'une noix présentant des adhérences légères avec les os. Légère exophtalmie, sans diplopie.

Radio : élargissement léger de l'orbite correspondante avec lésion de raréfaction de l'os zygomatique.

A l'intervention : extraction par voie orbitaire externe d'un kyste dermoïde s'étendant à 20 mm de profondeur, présentant des symphyses avec la conjonctive tarsale et bulbaire ainsi qu'avec la paroi externe de l'orbite.

Les cépahlées et les névralgies ont disparu après l'intervention.

3 - Kyste dermoïde du toit de l'orbite avec céphalées.

Obs. n° 20 (déjà citée) : Il s'agit d'une femme de 36 ans qui se plaignait de céphalées frontales périodiques depuis de nombreuses années. Les crises étaient provoquées par des irrégularités diététiques et cessaient lors du sommeil . Puis une exophtalmie apparut. L'examen neurologique était normal. Il n'y eut pas de perte de vision, pas de diplopie. A la radio : hiatus dans le toit de l'orbite.

A l'intervention on trouva une tumeur en haltère dont une portion était dans l'orbite et l'autre à l'intérieur du crâne sous le lobe frontal, adhérant à la dure-mère mais ne la pénétrant pas.

4 - Formes avec malformations des paupières et autres malformations concomitantes.

JORIO rapporte 1 cas (n° 42) de kystes bilatéraux qui s'étendaient dans la cavité orbitaire s'accompagnant d'un colobome palpébral, d'hémiatrophie

faciale droite, de réduction de la branche et du corps de la machoire inférieure avec irrégularité de la denture, malformation pré-auriculaires et asymétrie orbitaire.

VILLANI (obs. 40) cite chez deux cousins, des kystes dermoïdes de l'extrémité externe supérieure de l'arcade orbitaire, avec lacune du squelette à caractère familial.

5 - Forme avec fistule de la paupière (43) : il y eut une guérison après ablation du kyste et du trajet fistuleux .

6 - Forme avec fistule orbitaire :

Obs. n° 3I : Petite fille de 4 ans chez laquelle une fistule se développa spontanément dans l'angle externe de l'oeil droit. L'affection fut traitée pendant un an et demi avec des médications antituberculeuses. Un examen de contrôle aux rayons X montre que la fistule provenait d'un dermoïde orbitaire qui était situé dansla paroi externe de l'orbite, avait pénétré par un large canal de la paroi externe de l'orbite jusque dans la fosse temporale et à travers une fistule latente s'était ouverte à la peau de la région temporale. Un curettage guérit la fistule temporairement seulement et il fut nécessaire d'enlever une grande partie de la paroi externe de l'orbite et à partir d'une large ouverture d'enlever le contenu du dermoïde qui était situé entre la périorbite et la paroi osseuse de l'orbite.

Il est donc important de trouver une fistule latente dans l'explication du développement d'un dermoïde, Il est nécessaire de réviser tôt un diagnostic dans le cas d'un traitement sans succès d'une fistule orbitaire.

7 - Formes selon l'évolution

On sait déjà que l'évolution d'un kyste dermoïde est très variable. Le cas que rapportent MAC DONALD et BYERS (35) montre l'évolution d'un dermoïde orbitaire supéro-externe simulant une néoformation maligne et nécessitant l'exentération.

Il s'agit d'une jeune femme noire de 32 ans admise à l'hôpital O.R.L. de New-Orléans en novembre I956 pour une histoire de tumeur ayant commencé dans la moitié supéro-externe de la paupière supérieure en I95I. Une biopsie pratiquée plus tard, en I952, diagnostique un lymphangiome de la paupière. La lésion lentement augmente de taille et l'oeil gauche devient graduellement plus proéminent

que le droit. En novembre 52 les rayons X révèlent "une petite zone d'érosion osseuse sur le bord supérieur de l'orbite gauche qui pourrait être secondairement une masse tumorale". Une intervention fut recommandée, mais la malade refuse.

L'examen oculaire de l'OD est entièrement normal.

L'oeil gauche montrait un ptosis modéré de la paupière supérieure gauche avec un bombement de la moitié externe de la masse orbitaire.

Le globe était déplacé en avant en bas et en dedans.

Le FO révèlait une moitié claire avec une augmentation de diamètre des veines rétiniennes. La papille, la rétine et la choroïde apparaissent normales.

Les rayons X montrent une masse dans la partie supéro-externe de l'orbite et une érosion de la paroi supéro-externe de l'orbite.

L'examen général somatique ne révèle pas d'autres lésions.

On entreprend le 30 novembre 1956, une exploration de l'orbite par la méthode de Krönlein modifiée par Berke, sous anesthésie générale.

Après avoir fait l'incision de la peau et enlevé le volet osseux une grosse masse fongueuse fut trouvée qui entourait le globe du côté temporal et s'étendait jusqu'à l'apex de l'orbite.

En outre elle infiltrait le contenu orbitaire entourant les muscles extra-oculaires et le nerf optique - le plancher du sinus frontal avait été érodé - et celà s'étendait à travers le procès zygomatique de l'os frontal dans la fosse temporale. Dispersés dans cette masse de tissu d'apparence granulaire il y avait des espaces remplis d'huile qui contenaient une épaisse substance huileuse jaune paille. Ce tissu s'étendait et remplissait le sinus frontal gauche à l'exception d'une petite portion au milieu du sinus.

Bien que des prélèvements pris à ce moment ne montrassent aucun signe de malignité l'orbite fut exenteré à cause de l'estension massive et du lacis d'encapsulation du processus. On exentera également le sinus frontal car il était rempli de grosses masses d'huile contenant ce tissu de granulation préalablement décrit. La paroi orbitaire externe atteinte fut enlevée ainsi que le tissu d'apparence tumorale de la fosse temporale. Une portion du muscle temporal fut excisée. La malade supporta bien l'intervention , il n'y eut pas de récidives de la lésion.

Ce kyste dermoïde tant par sa ressemblance clinique et chirurgicale simule un véritable néoplasme orbitaire par son invasion extensive au sinus frontal et à son extension à travers la paroi orbitaire externe au muscle temporal.

Nous sommes loin ici du banal kyste dermoïde gros comme une noix ou une grosse amande qui tapisse une des parois orbitaires.

Nous citerons également ce kyste dermoïde frontal (obs. n° 44) découvert chez un homme de 84 ans qui avait toujours eu une masse saillante dans la région frontale gauche ; celle-ci ayant progressivement augmenté, l'oeil gauche ne pouvait plus s'ouvrir. C'est une masse fluctuante et transmettant les pulsations intracrâniennes. La radio confirme la perte de substance osseuse s'étendant au toit de l'orbite. Intervention satisfaisante mais qui ne comporte pas l'ablation totale de la poche au voisinage de la dure-mère en raison du grand âge du sujet.

Forme spéciale : le cholestéatome est rare. CONSTANS en a dénombré I5 (Obs. 23. 25. 27. 29). La symptomatologie consiste en une exophtalmie progressive avec destruction lente des parois osseuses de l'orbite.

L'image radiologique se rapprocherait de celle des mucocèles de l'orbite. Cette néoformation évolue toujours chez des sujets jeunes. En fait, dans les observations que nous avons rapportées, les âges s'échelonnent de 30 à 50 ans et on note une récidive I5 ans après une première intervention chez un homme de 63 ans.

oOo

## EVOLUTION ET PRONOSTIC

Elle est progressive. La tumeur n'est dangereuse que par le volume qu'elle risque de prendre si l'exérèse chirurgicale n'interrompt pas son développement.

La guérison succède toujours à l'ablation complète des parois du kyste.

Par contre, la présence de diverticules en rend parfois l'extirpation délicate ; le kyste n'étant pas complètement enlevé, on assiste alors au bout d'un temps plus ou moins long à une récidive qui nécessitera une intervention.

Des accidents inflammatoires émaillent parfois le développement des kystes dermoïdes. Il apparait des douleurs, un syndrome général et bientôt une suppuration s'installe. Devant ces symptômes on pratique une incision d'où s'écoule un liquide huileux ou sébacé n'ayant pas l'aspect du pus. Malgré un drainage satisfaisant, une fistule s'installe et persistera jusqu'à l'ablation complète de la paroi du kyste.

Les accidents compressifs graves sont généralement évités par l'ablation précoce de la tumeur, mais si le malade refuse l'intervention ou si l'examen est pratiqué tardivement on assiste à la destruction définitive des nerfs oculomoteurs, du nerf optique, du globe et de tous le contour orbitaire.

Donc un diagnostic suffisamment précoce est indispensable pour éviter toutes ces complications.

Cependant, une transformation maligne a été citée. JONES en 1935 rapporte le cas d'un kyste huileux devant malin. Le malade décédait de carcinomatose.

Existe-t-il des séquelles post-opératoires ?

La guérison complète est la règle mais cependant on peut voir persister un certain degré d'exophtalmie comme dans notre observation n° 8 ou une légère diplopie (obs. n° 7) ou une limitation des mouvements oculaires vers le haut avec diplopie (obs. n° 2).

oOo

## DIAGNOSTIC POSITIF - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme nous l'avons vu plus haut, les kystes dermoïdes sont en réalité composés "d'éléments épidermiques". Ils se développent au contact même de l'os ; au maximum, on trouve une perte de substance osseuse ou même une perforation. La paroi de ces kystes étant toujours en contact avec l'os, l'abord le long de celui-ci sera donc aisé.

Donc la plupart des auteurs s'accordent à penser que les tumeurs épidermoïdes et dermoïdes se développent à partir d'un support qui est du tissu épithélial déplacé, comme REMAK (I854) le suggèra le premier. HORRAX (I922) pensait que le degré ou la profondeur de la couche épithéliale formant le support épithélial déplacé, déterminait le type de la tumeur qui pouvait en croître.

BOSTROEM (I897) affirmait que la différence dépendait non seulement de l'actuelle profondeur mais aussi de l'ancienneté embryologique du support et qu'une couche de cellules plus jeunes et plus primitives aurait les caractéristiques d'une tumeur dermoïde plutôt que d'un épidermoïde. Dans le cas où seul l'épithélium squameux est inclus, c'est logique que ce soit une tumeur épidermoïde qui survienne (comme le suggèraient CRITCHLEY et FERGUSON I928). Par contre, si l'inclusion foetale contient de l'épithélium et du derme, ce sera plutôt une tumeur dermoïde avec des cellules graisseuses, des glandes sébaccées des glandes sudoripares, des follicules pileux. Beaucoup d'auteurs admettent un terme commun pour décrire les tumeurs épidermoïdes et dermoïdes.

Au point de vue macroscopique :

La tumeur est bien limitée, elle se présente comme un petit boudin de forme un peu irrégulière d'où partent de multiples bourgeons arrondis faisant

penser à une pomme de terre. En fait, la forme des grands kystes est tout à fait variable, étant multiloculaire ou en bissac.

Sa taille varie depuis la petite graine, jusqu'à la grosse pomme.

Sa couleur dépend de la présence d'hémosidérine, elle est opaque, jaune ou brûnatre, parfois d'un blanc brillant.

Sa consistance en est variable, soit dure, soit pâteuse soit franchement molle.

Son contenu est aussi variable, solide , cireux, sirupeux , huileux ou franchement liquide avec un mélange de produits épithéliaux desquamés de sébum de débris de phanères et de sueur ..

A la coupe on trouve des poils dont la pointe est tournée vers le centre, des débris cornés ou des petites concrétions calcaires. La présence de cheveux a été considérée comme pathognomonique des dermoïdes.

Au point de vue microscopique :

On trouve deux aspects : typique et atypique.

L'aspect typique est celui du kyste récent qui n'a pas été remanié par un processus inflammatoire.

Au-dessous d'une zone épaissie par tassement du conjonctif péritumoral, on voit un épithélium malpighien typique tourné vers la cavité avec ses annexes : poils et glandes sébaccées glandes sudoripares plus profondes.

Suivant la prédominance de telle ou telle formation on pourra trouver plusieurs aspects microscopiques. Il est même des revêtements kystiques curieux : celui d'un kyste dont certaines cavités étaient tapissées par un épithélium cylindrique cilié de type conduit respiratoire. Les produits de déchet s'accummulent dans la cavité du kyste et provoquent la lente progression de l'augmentation de la tumeur. On comprend ainsi qu'à la naissance, ce kyste soit imperceptible et c'est seulement plus tard qu'il deviendra visible et palpable.

L'aspect atypique est dû à la disparition de l'épithélium malpighien caractéristique. En même temps; il se produit plusieurs modifications : l'ulcération de l'épithélium avec atrophie des glandes sébaccées et plus tardivement des glandes sudoripares qui permet aux produits caustiques contenus dans le

kyste d'entrer en contact avec le derme. Il en résulte d'importants phénomènes inflammatoires. Au maximum, la totalité du revêtement épithélial a disparu. La paroi est alors constituée par un tissu conjonctif dense avec remaniement inflammatoire important: capillaire de néo-formation, infiltration cellulaire à macrophages, à lymphocytes, à plasmocytes. Très fréquemment on trouve des cellules géantes à corps étrangers au milieu de ces infiltrats à cellules rondes . MORNHORST (1960) cite l'observation (N° 32) d'un kyste dermoïde présentant la combinaison extraordinaire d'un épithélium squameux et d'un épithélium conjonctival typique.

La résorption des graisses intra-kystiques aboutit à la production de nombreuses failles lancéolées renfermant des cristaux cholestériniques entourés de nids de plasmodes multinucléés. Il se fait parfois une précipitation des sels calcaires d'abord simples grains basophiles, puis véritables pierres en miniature . Parfois on trouve la coexistence d'un huilome avec un kyste dermoïde. Cette lésion serait consécutive à la diffusion de gouttes d'huile dans l'orbite. Les gouttes d'huile déclenchent un processus d'enkystement et une réaction à corps étranger.

Quant au cholestéatome orbitaire, il est souvent sans paroi inflammatoire, se développe sous le périoste orbitaire et contient en quantité des cristaux lipidiques ou de cholestérol.

oOo

# T R A I T E M E N T

Le traitement des kystes dermoïdes de l'orbite pose deux problèmes principaux :

I - le choix de la voie d'abord selon la siège de la tumeur,
II- la méthode la plus sûre à lui opposer.

I - Quelles sont donc les voies d'abord ?

On ne peut efficacement aborder l'orbite qu'en avant (orbitotomie antérieure) en dehors (orbitotomie externe) en haut (orbitotomie supérieure).

A - L'orbitotomie antérieure

L'orbitotomie antérieure du type marginale curviligne sous aponévrotique de Rollet est fréquemment utilisée. Elle utilise l'espace assez large compris entre la paroi externe et le cône neuro-musculaire et se déroule ainsi.

1 - Suture palpébrale préalable au fil de soie sans avivement, enfermant l'oeil dans ses culs de sac conjonctivaux indemnes pour éviter tout ulcère cornéen consécutif et faciliter l'examen de la profondeur orbitaire.

2 - Incision curviligne de trois centimètres au moins allant jusqu'à l'os sur la face antérieur du pilier orbitaire externe fronto-malaire.

3 - Découverte du septum orbitaire et section de l'aponévrose antérieure à la rugine concave au ras du rebord orbitaire.

4 - Exploration au doigt qui pénètre dans l'espace décollable situé entre aponévrose et os sans léser les organes orbitaires, exploration minutieuse de la cavité orbitaire. Si c'est nécessaire, section de l'aponévrose orbitaire entre deux muscles pour atteindre le cône musculaire.

5 - L'opération terminée, on suture en deux plans l'aponévrose et la peau.

On peut aussi adapter la technique de Rollet à une orbitotomie interne au prix d'une incision le long du rebord nasal de l'orbite, en ménageant les voies lacrymales.

Cet abord supéro-nasal doit également compter avec la poulis de réflexion du grand oblique et avec les veines optalmiques supérieures dont l'hémostase est parfois délicate. Leur hémorragie après incision cutanée est aveuglée par des pinces, des ligatures, la diathermo-coagulation.

Puis le périoste est disséqué sur toute la surface osseuse du rebord orbitaire supéro-interne, dégagée sauf au niveau de la trochlée. A ce niveau le secteur osseux sur lequel s'insère la poutre est fracturée au ciseau et au marteau, en prenant garde, ce qui n'est pas toujours facile, de ménager le sinus frontal. Le périoste demeure adhérent à ce fragment partiellement libéré. Une fois la tumeur retirée, l'éclat osseux portant la trochlée est remis dans sa position primitive et fixé par des sutures périostées au catgut. Il peut arriver que dans l'ablation d'une tumeur des parois internes, une partie du mur orbitaire ait été réséquée. Le contenu orbitaire est alors mis en communication avec les cavités voisines sinusiennes ou parasinusiennes, avec des conséquences possibles d'infection ou de déséquilibre statique et dynamique du globe oculaire. Pour éviter ces complications, la paroi orbitaire doit être reconstituée soit par une bandelette de fascia lata, suturée sur ses bords au périoste de la brèche, soit par un matériel solide de prothèse naturel (ou iliaque) ou artificiel (gaze de tantale, plaque d'acrylique). Les résultats s'en montrent assez aléatoires.

Pour avoir un jour encore plus grand, éviter au maximum les ouvertures méningées intempestives et les hémorragies, on peut utiliser les orbitotomies latérales qui franchissent la paroi externe au prix de résections osseuses por-

tant sur le pilier fronto-malaire lui-même ou sur le segment postéro-externe para-temporal externe. On branche sur l'incision externe une incision horizontale postérieure, partant de la partie moyenne longue de 4 cm environ (certains préfèrent une incision en à branche postérieure horizontale sur le zygoma. Les deux branches antérieures encadrant l'orbite). Les parties molles sont refoulées pour dégager le plan ostéo-périostique. Le ligament latéral externe repéré est sectionné comme le périoste, le long de l'arcade orbitaire.

La technique s'apparente à celle des orbitotomies externes. La résection osseuse du pilier externe fronto-malaire peut être réalisée à la fraise ou au ciseau, mieux encore à la scie de Gigli.

1 - Après incision cutanée curviligne ou parabolique, section de l'aponévrose orbitaire décellement du périoste à la rugine, mise à nu du pilier externe de l'orbite.

2 - L'aponévrose temporale est incisée au bistouri seulement dans l'angle entre le zygoma et l'apophyse orbitaire externe du malaire.

3 - La sonde cannelée gagne entre les fibres du muscle temporal, la fente ptérygo-maxillaire. Le fil scie de Gigli la suit, est passé dans la fente et attiré hors de l'hrbite à l'aide d'une pince après avoir été un peu recourbé.

4 - Une pince à forci pressure est placée à chaque extrémité du fil-scie et sert de palonnier. Des mouvements d'archet sont imprimés à la scie dont la section s'exerce suivant un plan oblique en bas et en dehors pour détacher la base inférieure de l'apophyse externe du malaire.

5 - Avec une petite scie courbe ou mieux une scie électrique oscillante (scie électrique oscillante de Strycker) on trace un trait de 5 mm de profondeur, horizontal, au niveau de la suture fronto-malaire. La section osseuse est complétée d'un coup de burin et de maillet.

6 - Tout le volet fermé par la paroi externe est récliné facilement en dehors, permettant d'élargir d'un centimètre et demi au moins, l'ouverture orbitaire.

7 - En fin d'intervention, le volet osseux est remis en place et maintenu par deux points de catgut sur l'aponévrose orbitaire.

B - Orbitotomies externes

La plus anciennement connue est l'opération de Krönlein, caractérisée par la résection temporaire de la paroi externe.

Nous allons envisager la technique de Krönlein modifiée par Berke, qui apporte une amélioration esthétique.

Berke commence par l'habituelle suture des paupières après avoir passé un fil transconjonctival dans le muscle droit externe pour tourner l'oeil en adduction forcée, ce qui rejette le nerf optique à l'extérieur, facilitant l'abord des lésions dont il est porteur.

Puis la peau et les tissus sous-cutanés de la tempe sont sectionnés au bistouri sur 30 à 40 mm depuis le canthus externe jusqu'au fascia temporal vers l'oreille.

Hémostase à la pince ou au catgut. La canthotomie externe est étendue à travers la conjonctive jusqu'à la margelle orbitaire par une incision aux ciseaux et les volets cutanés supérieur et inférieur sont soulevés et écartés avec des pinces de fixation.

Dissection soigneuse du ligament latéral externe. Section du ligament et du septum en avant du pilier externe en ménageant la conjonctive.

Incision du périoste du pilier externe : incision supérieure horizontale au-dessus d'une parallèle au bord supérieur de l'orbite. Incision inférieure au-dessous d'une parallèle au bord inférieur de l'orbite pour marquer les lignes où entamer l'os. Entre les deux, les adhérences profondes du ligaments externe

comme celles de l'aileron externe et soigneusement repérés par des fils.

Des écarteurs de Faraboeuf sont placés :

- l'un sur la lèvre du volet cutané supérieur,
- l'autre en avant, sur le globe et le contenu orbitaire pour les protéger et les écarter.

Incision de l'os à la scie oscillante de Strycker en dirigeant la lame obliquement à 45° vers le plancher de l'orbite. Même incision osseuse le long de la partie inférieure mais la lame étant maintenuehorizontale parallèle au plan du plancher orbitaire. Libération des adhérences profondes du ligament palpébral externe à l'os. Saisie du pilier externe de l'orbite dans un davier. Il est ensuite fracturé par rotation en dehors et une pince gouge régularise les bords postérieurs de l'ouverture rectangulaire plus que triangulaire. L'hémorragie osseuse peut être contrôlée par de la cire appliquée sur la tranche de section.

Dans cette dissection d'arrière en avant, il faut prendre garde à ne pas traverser la conjonctive au niveau de son cul de sac. Il est prudent de commencer par l'abord antérieur, de dégager la conjonctive et de l'attirer fortement en avant. De même des fils repères peuvent être placés sur les lambeaux périostés. Les tissus rétrobulbaires sont alors accessibles en écartant le droit externe en haut ou en bas. La palpation repère la néoformation pathologique.

L'abord même du contenu orbitaire se fait par voie intra-périostée comme dans l'orbitotomie antérieure puisque le ligament palpébral externe a été sectionné et le septum orbitaire traversé.

Elle exige une reconstitution très exacte du canthus externe pour éviter une cicatrice disgracieuse.

Le contenu orbitaire est exploré par palpation avant toute incision de l'aponévrose orbitaire. Cette exploration orbitaire ne sera conduite qu'avec des instruments mousses.

Après ablation de la tumeur et hémostase, remise en place du volet maintenu en arrière par la charnière de l'aponévrose temporale. Suture périostique

au catgut. Suture du ligament palpébral externe au périoste. Suture du canthus. Suture de la peau en deux plans. Pansement compressif pendant 4 à 5 jours. La blépharoraphie est maintenue dix jours au plus.

C - Orbitotomies postéro-externes ou temporales

Le principe en est le dégagement et l'ouverture du versant temporal regardant en arrière vers la fosse du muscle temporal de la paroi externe de l'orbite.

La trépanation de la zone sphéno-malaire de cette paroi, notamment de la grande aile du sphénoïde épaissi en dehors mince en dedans, ouvre un large accès au sommet même de l'orbite respectant l'endocrâne, facilitant l'exérèse de toutes les tumeurs intra-orbitaires, sauf celles de la paroi interne.

Nous allons décrire la technique de Welti-Offret, celle de Guillaume s'en rapproche beaucoup.

1 - Incision cutanée à la partie antérieure de la fosse temporale curviligne à concavité antérieure, elle part de la crête latérale du frontal à deux travers de doigts au-dessus de l'apophyse orbitaire externe descend dans la fosse temporale, oblique en bas et en arrière, se termine au niveau de l'arcade zygomatique un peu en avant de son milieu. Elle passe au ras de la racine des cheveux ménageant les filets du facial destinés à l'articulaire et au muscle frontal. Les deux lèvres cutanées sont disséquées et écartées.

2 - Section de l'aponévrose du muscle temporal en avant, au ras du bord postérieur de l'os malaire et de l'apophyse externe du frontal qui lui fait suite, en haut, au contact de la ligne courbe temporale supérieure.

Le muscle ruginé en arrière est maintenu par un écarteur autostatique.

On découvre alors en avant, l'apophyse orbitaire du malaire et l'apophyse orbitaire externe du frontal - au milieu : la partie verticale de la grande aile du sphénoïde - en arrière la partie antérieure de l'écaille du temporal.

3 - En avant, un premier trou de trépan effondre l'apophyse orbitaire du malaire et débouche dans l'orbite en respectant le rebord orbitaire et le corps malaire. Il faudra avoir soin d'utiliser la petite fraise du trépan de Martel.

En arrière un deuxième trou effondre la partie antérieure de l'écaille du temporal à son union avec la grande aile du sphénoïde et conduit sur la dure mère qui recouvre le lobe temporal du cerveau.

En haut, un troisième trou traverse la paroi crânienne au niveau de la surface triangulaire du frontal situé en arrière de la crête temporale de cet os, met à nu la dure-mère du lobe frontal juste au-dessus et en avant de l'articulation de la grande aile du sphénoïde avec le frontal.

4 - Les trois trous de trépan sont alors unis à la pince-gouge . En avant, le périoste de l'orbite se décolle facilement, de même en arrière au niveau de la dure-mère qui recouvre le lobe temporal. L'hémostase des veines diploïques se fait à la cire ou à la râclure d'os ; on ménage en haut et en arrière la tranche antérieure de la méningée moyenne.

Au niveau du segment osseux situé entre les deux trous inférieurs la résection intéresse la grande aile du sphénoïde qui est très épaissie aussi bien dans sa partie inférieure que dans sa partie supérieure d'articulation avec le frontal.

En effet, les deux faces endocrâniennes postérieure et orbitaire intérieure de la grande aile du sphénoïde s'écartent l'une de l'autre en dehors, se réduisant à une lamelle en dedans.

C'est cette lamelle qu'il faut réséquer très loin en dedans afin de libérer le bord inférieur de la fente sphénoïdale et le bord supérieur de la fente sphéno-maxillaire.

On unit alors la brèche ainsi créée au trou de trépan supérieur. Pour cela on fait sauter de bas en haut le reste de l'os jugal et de haut en bas l'os frontal jusqu'au plafond de l'orbite. C'est une simple lamelle osseuse et il faut bien décoller la dure-mère des crêtes osseuses qui se trouvent sur sa face supérieure.

En avant , la résection intéresse la plus grande partie de l'apophyse orbitaire du frontal. En arrière elle s'étend jusqu'à la petite aile du sphénoïde dont le rebord postérieur adhère à la dure-mère : le dégagement en devra donc être soigneux et prudent, à l'aide d'une pince gouge de petites dimensions aux mors longs et aplatis. Il est quelquefois possible de pousser ainsi jusqu'au nerf optique.

A ce moment, les parois supérieure et externe de l'orbite sont réséquées et le périoste orbitaire est en contact en haut avec la dure-mère temporale.

5 - Tendu par deux pinces de Chaput, le périoste orbitaire est ouvert et par la boutonnière, une sonde cannelée est introduite. L'orifice est agrandi d'avant en arrière puis de haut en bas, on explore ainsi assez aisément depuis le pôle postérieur du globe jusqu'au sommet de l'orbite.

D - Orbitotomie supérieure

Elle appartient au domaine neuro-chirurgical.

1 - L'incision cutanée en fer à cheval commence deux centimètres en avant de l'oreille vers la ligne médiane puis quand elle en est à trois centimètres, se recourbe en avant vers la racine des cheveux.

Hémostase immédiate du cuir chevelu par pinces spéciales solidarisant peau et galea.

2 - Scalp fronto-temporal

3 - Trous osseux au trépan électrique de De Martel à débrayage automatique en évitant le sinus frontal et en longeant la crête orbitaire aussi loin que possible latéralement.

4 - Introduit dans les trous, le décolle dure-mère prépare le passage à la scie de Gigli.

5 - Les trous de trépan sont réunis par un trait tracé à la scie de Gigli, sauf les deux inférieurs au niveau du ptéryon.

6 - Le volet est soulevé et fracturé dans cette dernière zone. Hémostase à la cire, à la diathermie des hémorragies osseuses.

7 - La dure-mère est décollée au-dessus du plafond de l'orbite et jusqu'au bord postérieur de la petite aile ou elle adhère solidement au périoste. Elle peut être respectée.

8 - Une ponction de la corne frontale du ventricule latéral au trocart-mousse facilite le soulèvement du lobe frontal maintenu sous un écarteur capitonné de lames de coton humide. Evacuation du liquide de la citerne chiasmatique après ouverture facultative de la dure-mère.

9 - Ouverture du plafond de l'orbite à la pince-gouge en évitant - en dedans le sinus frontal et les cellules ethmoïdales, en avant, les nerfs pathétique et lacrymal. Incision antéro-postérieure de la capsule orbitaire.

IO - Le groupe musculeux releveur de la paupière droit supérieur est alors repéré par un fil de soie et attiré de côté. On débouche alors à l'intérieur du cône musculo-tendineux.

Par cette voie on peut procéder en dedans à l'ouverture du canal optique pour une décompression éventuelle du nerf qui s'y engage. C'est là une opération longue, de mortalité assurément faible, mais moins négligeable que la simple orbitotomie.

En particulier la réclinaison du lobe-frontal peut se montrer dangereuse chez un sujet âgé, aux vaisseaux scléreux. Enfin, les manoeuvres intra-orbitaires se font à une profondeur qui en réduit l'aisance et l'ampleur.

Quelles sont les indications de ces orbitotomies ?

Elles sont basées sur le siège de la tumeur.

Tant que le kyste dermoïde est strictement orbitaire et situé dans la moitié antérieure de l'orbite, elle peut être du ressort de l'ophtalmologiste seul, mais à partir du moment où il est situé à cheval sur la paroi supérieure ou la paroi interne ou situé très en arrière, le recours au neuro-chirurgien est indispensable.

C'est ainsi que sur les 7 cas étudiés par P. CAREY, la craniotomie frontale fut utilisée 2 fois (obs. I4.I6).

Sur les 9 cas de PFEIFFER NICHOLL (New-York) cette même ostéotomie frontal fut employée deux fois également (obs. 20. 24).

Donc on retiendra que :

- les kystes dermoïdes localisés au tiers antérieur de l'orbite, directement accessibles à la palpation sous les téguments sont justiciables d'une orbitotomie antérieure, même lorsqu'ils occupent le plancher ou la paroi interne de l'orbite (cx. obs. I5. I7. I9. 22. 23. 25. 26. 27);

- les kystes dermoïdes localisés aux parois externes et supérieures . Les tumeurs profondes, avec altération radiologique manifeste de la fente sphénoïdale et érosion des parois osseuses, avec suspicion de prolongements extra-orbitaires vers la fosse temporale ou l'étage endo-crânien fronto-temporal, constituent l'indication type de l'abord temporal de l'orbite (obs. I2. I3. I8). Les résections osseuses du malaire, de la grande aile, de la petite aile, sont en proportion de l'extension de la tumeur.

- Les kystes de siège profond et supérieur, comme ceux qui sont situés à l'apex orbitaire, ceux qui compriment le nerf optique, ainsi que ceux qui comportent un prolongement endocrânien frontal ou temporal sont justiciables d'une voie d'abord sous frontale neuro-chirurgicale.

II - La méthode

Le moyen le plus sûr à opposer aux kystes dermoïdes orbitaires est sans aucun doute l'exérèse chirurgicale.

Ni la radiothérapie, ni les injections modificatrices ne sont vraiment efficaces. LINDNER rapporte cependant une méthode de destruction des kystes dermoïdes par l'acide trichloracétique que nous citons pour mémoire. Le kyste est mis à nu puis incisé ; le contenu est enlevé au moyen de tampons de coton. Il faut éviter les hémorragies. Puis on badigeonne l'intérieur de la paroi avec l'acide trichloracétique à 30°/. . Elle blanchit. Enfin, on suture la plaie de la paroi. L'auteur conclut en disant qu'il n'y a jamais eu de récidives.

La phémolisation en fin d'intervention chirurgicale peut être très utile . Donc le chirurgien se laissera guider par les constatations radiologiques et celles faites en cours d'intervention.

L'incision le long du pourtour orbitaire évite les dangers anatomiques : pédicules vasculaires, muscle releveur, muscles droits, nerfs.

Lorsque le kyste n'est pas trop volumineux on cherchera à l'enlever d'un bloc ce qui est généralement possible si la tumeur est jeune et n'a qu'une faible adhérence avec le périoste. Dans ces cas un prolongement postérieur important se montre souvent gênant. Il est parfois plus aisé de pratiquer l'ablation rétrograde du kyste en commençant par le fond de l'orbite pour aller vers le rebord orbitaire que de faire l'inverse.

Lorsque le kyste est très volumineux, tendu et plus ou moins adhérent, l'exérèse in toto est impossible. Il ne faut pas hésiter à ouvrir largement le kyste, à bien repérer si c'est nécessaire les lèvres d'incision par des fils et à vider la cavité de son contenu. Les parois qui bordent la cavité sont alors méticuleusement réséquées. Elles se séparent souvent très facilement des plans mous sous-jacents, un peu moins facilement du plan osseux. Cette méthode d'exérèse par l'intérieur donne satisfaction dans tous les cas délicats. On peut suturer sur un faisceau de crins ou une mèche qui sera maintenue pendant 48 heures.

Les interventions sur kystes anciens et volumineux sont difficiles les lésions osseuses étant importantes de nombreuses adhérences avec les tissus voisins viennent entraver l'opération. Il peut exister de multiples prolongements.

Lorsque la tumeur siège dans le frontal la plus grande prudence s'impose car au fond de la cavité osseuse la dure-mère peut être à nu.

Lorsque la tumeur est remaniée par inflammation ou qu'elle représente de nombreuses expansions, il est parfois malaisé d'en assurer l'exérèse totale. Le fait de laisser en place un fragment de paroi épithéliale suffit à provoquer la récidive. Celle-ci se manifeste tantôt sous la forme de la réapparition plus ou moins rapide de la tumeur (I8 mois après : obs. n° I2 - 6 mois après : obs. n° 24 - I5 ans après : n° 23), tantôt sous l'aspect d'une fistule perpétuellement entretenue (3 à 5 ans après : obs. N° I8).

Seule l'ablation du fragment de poche restant amènera la guérison. La récidive est parfois rapide au point de faire croire à une tumeur maligne et de provoquer l'exentération.

Cette fistulisation provoquée par une exérèse incomplète a la même signification que la fistulisation spontanée dont on a signalé quelques exemples (Obs. 31).

Les résultats :

Lorsque l'exérèse est complète, ils sont excellents, de façon définitive. En cas de tumeur à croissance rapide, nous ne sommes pas toujours en présence d'une évolution maligne, la protension rapide du globe pouvant être due à un processus thrombotique d'hémangiome.

Les lésions fonctionnelles dues aux interventions orbitaires peuvent être évitées en général.

Pour la suppression de l'exophtalmie, l'hyperostose réactive doit être éliminée.

oOo

# C O N C L U S I O N

Les kystes dermoïdes de l'orbite sont des dysembryoplasies, des tumeurs embryonnaires à localisation orbitaire.

Ils ont ceci de particulier :

1 - Vis à vis des autres tumeurs embryonnaires dites dermoïdes, c'est d'être développés aux dépens du seul tissu épiblastique. Au sens anatomo-pathologique du mot, il y a donc là abus de langage, puisque ce sont, en réalité, dans la très grande majorité des cas des kystes épidermiques.

2 - Vis à vis des autres tumeurs de l'orbite, c'est d'être plaqués contre l'os. Ils correspondent en effet à une transformation kystique d'une inclusion épiblastique entre les bourgeons mésenchymateux frontal en haut, maxillaires supérieurs en bas et en dehors.

Le point de départ le plus fréquent de ces tumeurs réside donc au niveau des sutures : fronto-malaires, fronto-maxillaires, c'est dire la possibilité de répercussion radiologique sur le squelette.

D'où l'intérêt primordial des examens radiologiques, seul moyen d'investigation de l'orbite :

- radiographies sans préparation,
- tomographies
- tomographies après injection d'air dans l'orbite, selon la technique désormais classique de l'injection de 30 cc d'air dans le cône musculo-aponévrotique rétrobulbaire, suivie immédiatement de la prise des clichés standard et tomographies qui permettent de localiser la tumeur et de préciser les lésions osseuses de voisinage.

. Tomographies après injection intra-orbitaires d'air et de substance de contraste iodée hydro-soluble.

. Artériographie et phlébographie.

En effet, nous nous trouvons devant une tumeur orbitaire bénigne dont le diagnostic est délicat.

- la clinique nous montre une exophtalmie lentement progressive, à retentissement oculaire plus ou moins important, mais les caractères propres au kyste dermoïde sont peu nombreux. On retiendra :

- la plasticité étonnante de ces kystes qui se moulent dans l'orbite se révèlant parfois tardivement,

- la possibilité de pousser de nombreux prolongements aussi bien dans l'orbite que dans les régions avoisinantes, en particulier dans la fosse temporale.

- leur action sur l'os environnant aussi bien au niveau de son adhérence au périoste qu'au niveau de la région directement au contact avec la poche kystique,

dont la thérapeutique pose des problèmes :

- le choix de la voie d'abord, guidé par la situation de la tumeur,

- et la possibilité fréquente de difficultés opératoires entrainées par des adhérences ou par la recherche de nombreux lobes kystiques.

On insistera :

- sur la nécessité absolue de bien repérer la tumeur pour pouvoir l'enlever en bloc sans laisser un morceau de la poche kystique, cause de récidive,

- sur le pronostic extrêmement favorable, d'une manière définitive lorsque l'exérèse a été complète.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

M. G. OFFRET

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

M. J. ROCHE

# B I B L I O G R A P H I E


ATTADIA E.R., CAVALHEIRIO , WILLMERSDORF -

Cisto épidermoide intra-orbitario.
Arch. Brasil oftal. 23/I/ I9-22. I960.

BERNARD P., MARGAILLAN A., MUSSINI J.-

Les manifestations radiologiques des K.D. de l'oeil
Société française Electro-radiol. med. Alger et Afrique du Nord
23 mars I963. Pm Paris I963.
Journal de radiol. électro Paris Mai I964.

BERKE R.N.- Traitement des complications de la chirurgie orbitaire.
Management of complications of orbital surgery Fasanell RM
"Management of complications of oye surgery NB Saunders.
Company Philadelphia 263-277 I957.

BIRCH- HIRSCHFELD A.

Die Erkrankung der orbita.
Kurses handbuch.
Opht. J. Springer ed. Berlin I930.

BOSTROEM E. - Zbl. Allg. Path.
Path. Anat. 8, I, I897.

BYERS J.L., MAC DONALD R.-

Dermoïd tumor of the orbit simulating a néoplasme?
Amer. J. Ophtal. 47/6 863-866, I959.

CANGE A.- Les formes cliniques des kystes dermoïdes de l'orbite et du pourtour orbitaire.
Arch. Opht. 4I, I45-I69, I924.

CANT W.J.- Cyst of orbit.
Opht. Rev. P. I87. I896.

CANTAT M.A., JANNY P., ROUHER F.-

Kyste épidermoïde ou cholestéatome de l'orbite.
Soc. Opht. Lyon 4 mars I962. Bulletin Soc. Ophtal. Fr.
4266-268, I963.

CAREY PATRICK C. -
Epidermoïd and dermoïd tumours of the orbit.
Brit. J. ophtal. 42/4 225-239.

CHANG C.C. - Un cas de kyste dermoïde géant de l'orbite.
Clin. chim. J. opht. I/2 II4-II6, I95I.
Analyses ophtal. Lit. 5/2 242, I95I.

CHEVALLEREAU A.-.
K.D. à parois osseuses et à contenu pierreux.
(Soc. d'opht.) 5-I, I892.

COORAY C.H., TENNEKOON G.E., KANAKARATNE D., ATTYGALLE D.J.-
Tumeurs des glandes nasales, orales et des cavités orbitaires.
Glandular tumours of the oral, nasal and orbital cavities.
Ceylan J. Med. Soc. 7, 73-83, I950.

COSCAS C.- De l'intérêt des tomographies orbitaires avec injection de substances de contrastes aériennes et iodées hydrosolubles en ophtalmologie.
Thèse Paris I963.

CRITCHEY M., FERGUSON Fr.-
Brain 5I, 334, I928.

CRUVEILHER J.- Anatomie pathologique du corps humain.
Vol. 1 GK 2 pl. 6 Baillère Paris I829.

DAMEL C.S., MARINO H., ESPERNE P.-
Kystes dermoïdes de l'orbite.
Arch. Opht. Buenos-Aires 2I, 34, I946.

DANDY W.E.- Orbital tumeurs.
Lewis London I942.

DAS S.P.- Primary tumours of the orbit.
J. All. India Ophtal. Sec. II, 384I, I963.

DAVID O.- Fréquence comparée des différentes tumeurs primitives de l'orbite chez l'enfant.
Thèse Bordeaux I950.

DAYAL Y., HAMMED S.-
Périorbital dermoïd
Amer. J. Ophtal. 53/6 I0I3-I0I6, I962.

DESVIGNES P., OFFRET G.-
Kyste dermoïde de l'orbite avec exophtalmie
S. Hôp. Paris Oct. I94I.

DOBVOTINA A.N.- Kyste congénital de l'orbite gauche.
Vestn oftal. 32/3 27-28. I953
Analyse Zbl ophtal. 6/I 7-8 363, I954.

DOYNE R.W. - Dermoïd tumor of orbit.
Opht. Rev. p. 97 I896.

FELD M., GUILLAUMAT L.-

Deux cas de cholestéatome fronto-orbitaire.
La semaine des Hôp. de Paris n° 90 6 déc. I952.

FOURNIE P. , OFFRET G.-

Organisation fibreuse orbitaire à corps étrangers
S.O.P. 2. I948.

FRALICK F.E.-- L'orbite.
Arch. Opht. Chicago I952.
- Para orbital lesions. Indiana Acad. Ophtal. oto. laryng.
French. Lick may 3. 4. I96I.
C.R. Trans. Indiana Acad. Ophtal. Oto laryng. 44. 27-34. I96I

FRANCOIS P.- Dermoïde de l'orbite.
S.C. Nord de la France, 6 février I955
C.R. Bull. Soc. Ophtal. Fr. 7. 476-477, I955.

FREGNI R. de POLI A.-

Tumori orbito-paranasali.
Supp. 33 Arch. Ital. Otol. 333 pp. I957.

FRIZZERA A., BELLO D.-

Cohtribute clinico, istologica ed etiopatogenico allo studio
dei dermodi dell'orbita.
Sec. oftal. ital. Lombardo 29 giugno I952.

GEBHARDT H.J.- Zur defferential diagnose der Erkrankungen un orbit adachbereich:
Z. Laryng. Rhinol. 39/6 398-405, I960.

GEORCIADES G., CHACHAMIDIS D.-

Soc. ophtal. Grèce Nord 25 février I96I.
Arch. Soc. Ophtal. Grèce Nord IO.24-28, I96I.
Ann. Oculist. Paris I95/7. 697. I962.

GEORGIADES G., PETRIDES J.-

Kyste dermoïde de l'orbite.
Soc. Ophtal. Grèce Nprd 3I mars I956.
CR. Arch. Soc. Ophtal. Grèce nord 5. 26-28 I956.
Ann. Oculist. Paris I90/II/877, I957.

CHUNER I., WIGDERSON H.-

Crânial epidermoid with erosion of the roof of orbit.
New-York Acad. Med. Soc. Ophtal. February I7. I947
CR. Arch. Ophtal. Chicago 39/3 300-304 I948.
Arch. Ophtal. Paris 9/2 287. I949.
Exc. Med. Ophtal. 2/8 4I8. I948.

GODTFREDSEN E.- L'orbite, les annexes oculaires et le crâne.
Ophtalomogica suppl. 38 I33-I77, I953.

GRADLE et STERN - Kystes dermoïdes rares de l'orbite.
Arch. of Opht. p. 255 mai I92I.

GUILLAUMAT L?, MORAX P.V. , OFFRET G.-

Neuro-ophtalmologie.
Masson et Cie Edit. Paris - 2 tomes I370 pp. I952.
(Kystes dermoïdes de l'orbite II. II62).

HEINC A., SVEC V.-Fistule orbitaire et dermoïde (en tchèque)
CSL. of Thel. I7. 436-440, I96I
Analyses opthal. Lit. (London) I5/3 404. I96I.

HEINRICH H.- Trichloressigsaüre behandlung bei dermocyste.
Wien Klin. Wsch% Gs. 35. I950.
Analyses Ophtal. Lt (London) 4/I/66 I950

HORRAX G. - Arch. Neurol. Psychiat. Chicago 8. 265. I922

HUGHES B.- Visual Fields. 1 Ste. ed. p. III Blackwell Oxford I954.

INGALLS R.G.- Tumeurs de l'orbite.
Kystes dermoïdes p. 97-II2.
Springfield Illinois Thomas I953.

JACKSON H.- Ann. roy. Coll. Surg. Engl. 9. I23. I95I et Trans. Ophtal. Soc.. U.K. 70-73. I950.

JORIO S.- Sur les tumeurs congénitales épibulbaires (type familial et associé des malformations faciales multiples)
Soc. Ital. oftalm. Piémont. Torino. I5 maggio I948.
CH. Arch. Ophtal. Paris 9/5 674. I949.

KATSOURAKIS N.- Exérèse d'un grand kyste sébacé de l'orbite.
Soc. Hellen. Ophtal. mars I952
CR. Bull. Soc. Hell ophtal. Co/2 43. I952.

KRONLEIN R.U.- Zur Pathologie und operativen Behandlung der dermoïd cystem der orbita.
Beitr. z. Klin Chir. 4. I49. I889.

LABIB M.A.- Discussion sur les kystes orbitaires y compris ceux rencontrés par l'auteur dont particulièrement un rare hémangiome enkysté de l'orbite.
Bull. Soc. Opthal. Egypt. 49. 8I-89, I956.
Analyses Exc. Med. Ophtal. 12/6, 239, I958.

LAGRANGE F.- Traité des tumeurs de l'oeil 2 tumeurs de l'orbite et des annexes . G. Steinheil Edit. I904.

LAZORTHES G., ANDUZE, ACHER H. -
Les signes radiologiques des kystes épidermoïdes crânio-céphaliques d'après 9 cas opérés.
Cong. Neuro-Chirurg. Langue Franç. Paris 3I mai Ier juin I957
C.R. Neuro-Chirurgie 3/4 336-338, I957.

LEPINE B.- Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'orbite
Thèse Paris I955.

LINDNER K.- Ablation des K.D. de l'orbite par brûlure chimique avec de l'acide trichloracétique à 30 °/..
Klin. Mbl. Augenheilk I3I/5 669-674. I957.

MALLIK K.K.- Pathology of ocular dermoïds.
J. All. India Ophtal. Soc. 5/3 60-63 I957
Analyses ophtal. Lit. (Lond.) II/6. 8I4 I957.

MARSTON E.L.- Les dermoïdes de l'angle oculaire externe
Arch. Surg. 76/3 467/468. I958.

MICHAEL D.- Cholestéatome de l'orbite.
Arch. d'opht. 48. 743. I93I.

MOONEY A.J. et Mc. CONNELL A.A.-
J. Neurol. neuro-surg. Psychiatr. I2. 205. I949.

MORDHORST CH.- Orbital cysts .
Acta ophtal. (Kbh) 38/2 I63-I69. I960.

OBRADOR S., ORTIZ GONZALEZ -
Pneumocephalo y tumor intracranéal epidermoïde fronto-orbito-temporal.
Rev. Clin. esp. 77/2. I30-I35 I960

OFFRET G.- Hétérotopie organoïde intra-orbitaire.
Arch. Opht. 5. 5I-58, I945.

OFFRET G.- Les tumeurs primitives de l'orbite - leur traitement.
Rapport Soc. Franç. Ophtal. Paris 8 mai I95I.
CR. Masson et Cie Edit. 587 pp. (kystes dermoïdes de l'orbite pp. 83-95, I95I).

OFFRET G., GILLES E. et BLANCHOT F.-

De l'intérêt des tomographies orbitaires avec injection d'air en ophtalmologie.
Arch. opht. n° 3. 259-273 (I954)
n° 4 352-379 (I954).

PAGANI M. - Tumeurs et kystes de l'orbite.
Bass. Ital. Ottal. 20/II 402-420, I95I.
Exc. Med. ophtal. 6/8 394, I952.

PALICH. SZANTO O.-
Contribution au diagnostic différentiel des affections de l'orbite.
Fortbildungskurs Augenäezte. Munchen I957.
CR Augenheilk. Klin. Praxis 6I-62 I957.

PALICH SZANTO O.-Contribution au diagnostic différentiel des affections de l'orbite.
Klin. mbl. Augenheilk I3I/2 260-266 , I957

PAUFIQUE L.-, ETIENNE R.-

Une observation de cholestéatome de l'orbite
SOF I 854-857. I949.

PAUL PM.- Excision of a large orbital dermoïd cyst.
Brit. J. Ophtal. 2, II4-II5 , I953.
Analyses : Exc. med ophtal. 7/9 375. I953
Zbl. ges Ophtal. 60/4 306. I953

PAVOKICH - BUGARSKI D.-

Un cas rare de kyste dermoïde de l'orbite (en serbe)
Srpzkiarkn. teselck Lekars 79 280-290 I95I
Analyses : Zbl ges ophtal. 58 6,7. 344. I953.
Ohptal. Lit. 5/7 I262 I95I.

PELLEGRINI E.- Su di un caso di cisti dermoïde crânio-orbitaria
Boll. Mal. Orecch. 65/5-6 I00-I07 I947
Analyses : exc. med. Ophtal. 3/2 75 I949.

PENMAN G.G.- Dermoïd cyst. simulating neoplasm of lacrimal gland.
Proc. Roy. Soc. Med. 40 - 820. I947

PFEIFFER R.L., NICHOLL R.J.-

Dermoïd epidermoid tumors of the orbit
Amer. ophtal. Soc. Hot Springs May I7 I948.
CR : Arch. Ophtal. Chircago 40/6 639-664, I948.

PILROY Paul - Excision d'un large kyste dermoïde orbitaire
Brit. Journ. Ophtal. 2. II4-II5 I953
Analyses : Exc. Med. Ophtal. 7/9 375. I953
Zbl. Ophtal. 60/4 306 I953

PINCUS F.- Ueber cholestéatome der orbite
Klin monotsbl. f. augenh. 90. I45 I933.

POLLOCK P.S.- Orbital and peri-orbital tumors - indications for exenteration.
Calif med. 9I. 207-2II. I959.
Analyses : Surv. Ophtal. 5/2 I79/I8I I960.

POLYCHRONAKOS D. LEANIS D., PANTELIS S.-
Kyste dermoïde de l'orbite (en grec)
Soc. Ophtal. Grèce Nord 9 février I957.
CR : arch. Soc. Ophtal. Grèce nord 6 54-55 I957.
Ann. oculistiques Paris I9I/8 6I2 I958.
Ophtal. Lit. (Lond.) II/5 675. I957.

PUSCARIN E.- Tumeurs intra-oculaires. IIe partie (en roumain)
Oftalmologia Bucareste 3/3 I93-206, I958.

REESE A.B.- Tumors of the eye.
Hoeber New-York I95I -
Kystes dermoïdes pp. 490-495 et 5I9.

REMENAR L.- Diagnostic et opération des kystes dermoïdes intra-orbitaires.
Soc. Hongroise ophtal. 28 avril I960.
CR ann. Oculist. (Paris) I94/3 274-275, I96I.

ROSSAZZA Ch.- A propos des modiciations osseuses des kystes dermoïdes de l'orbite.
Thèse Alger I962.

ROUX et PANNETON -
Un cas très rate de cholestéatome de l'orbite.
Union med. du Canada. 70 8I2 I94I.

SAMUEL B.- Dermoïd cysts of the orbit.
Arch. of opht. I6. 776-782 I936.

SIEGERT P.- Erkrankungen der orbita.
Velhagen K "Der Augenarzt" Veb G. Thieme.
Leipzig III 657-8I6, I960
Kyste dermoide de l'orbite pp. 766-768

STALLARD HB - Dumb bell ahaped dermoid cystis of the orbit.
Brit. Med. J. April 30 5I82 - I322-I323 I960

STUCCHI C.- Tuméfactions de l'angle orbitaire supéro-externe.
Confin neurol (Basel) 20/2 I33-I38 I960.

STUCCHI C.- Tuméfactions de l'angle orbitaire supéro-externe
I8e réunion oto-neuro-ophtal.
Neurochir. 25-26 oct. I958 CR. Med et Hyg. (Genève)
28 février I959 422, I02.

THACKER E.A.- Epidermoïd tumors of the frontal bone, sinus and orbit
Arch. otolaryng.I950. 5I 400-4I3.
Analyses zbl ges ophtal. 56/7 382 I952.

VESNAT Ch.- Le kyste dermoïde de l'orbite
Thèse Bordeaux I93I.

VILLANI G.- Kystes dermoïdes de l'orbite : ossification incomplète et caractère familial.
Cong. int. oftal. Londra I5. 2I Luglio I950.
CR. Acta conc. ophtal. I. 5I9-52I. I950.
Arch. Ophtal. (Paris) I0/6 724. I950.

WALSH. F.B.- Clinical neuro-ophtalmology.
Williams et Wilkins Company Baltimore I295 pp. I927.
Kystes dermoïdes pp. 952-953.

oOo

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V^e -
ODÉ 58-90